

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS AFTAS BUCALES EN PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2016

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: Guerra Gayoso, José Luis

ASESOR:

Mg. C.D. José Robles León

HUÁNUCO – PERÚ

2016

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS AFTAS
BUCALES EN PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS EN LA
CIUDAD DE HUÁNUCO 2016**

DEDICATORIA

A mi madre

Con mucho amor y cariño

le dedico todo mi esfuerzo

y trabajo puesto para

la realización de esta tesis

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia ; mis ABUELOS que ya no están en este mundo pero siempre están presente; Por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar los factores de riesgo con las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años en la ciudad de Huánuco 2016.

Materiales y Método: Se realizó un estudio tipo básico, observacional, analítico prospectivo y transversal de nivel relacional, el universo estuvo conformada por los todos los pacientes de 19 a 50 años que acuden al Hospital Hermilio Valdizán Huánuco en los meses de octubre a diciembre del 2016, contando con una muestra de 50 pacientes de 19 a 50 años, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS versión 22.00 utilizando la estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Del tamaño muestral conformado por 50 pacientes, de los cuales 64% fueron de sexo masculino y 36% correspondió al sexo femenino los factores de riesgo que conllevan a la aparición de las aftas bucales en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan, obteniendo el más alto porcentaje al factor estrés con un 46%, seguido de los traumas en un 18%, de igual manera el factor cambios hormonales con un 6%. Se encontró con mayor frecuencia en la mucosa labial representando un 56%, seguido por la mucosa de los carrillo con un 38% y finalmente a nivel del piso de boca con un 6%.

Conclusiones: Los factores de riesgo más frecuentes de las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años encontrados fueron el estrés, los traumatismos seguidos por herencia familiar.

PALABRAS CLAVES: Aftas bucales, Factores de riesgo, estrés, traumatismos, deficiencias nutricionales.

SUMMARY

Objective: To correlate risk factors with canker sores in patients aged 18 to 50 years in the city of Huánuco 2016.

Materials and Methods: A basic, observational, prospective and cross-sectional analytical study of the relational level was carried out. The universe consisted of all patients aged 19-50 who attend the Hospital Hermilio Valdizán Huánuco from October to December. 2016, counting on a sample of 50 patients from 19 to 50 years, considering the inclusion and exclusion criteria. Statistical analysis was performed in the SPSS version 22.00 program using descriptive and inferential statistics.

Results: The sample size consisted of 50 patients, of whom 64% were male and 36% were female risk factors that lead to the appearance of mouth ulcers in patients attending the Hospital Hermilio Valdizán, obtaining The highest percentage to the stress factor with 46%, followed by the traumas in 18%, the same way the factor hormonal changes with 6%. It was found more frequently in the labial mucosa representing 56%, followed by the mucosa of the carrillo with 38% and finally at the floor of the mouth with 6%.

Conclusions: The most frequent risk factors for canker sores in patients aged 18-50 were: stress, injuries followed by family inheritance.

KEY WORDS: Canker sores, Risk factors, stress, trauma, nutritional deficiencies.

INTRODUCCIÓN

El Afta es una lesión muy antigua, cuya prevalencia se observa en casi todas las edades, en diferentes clases sociales, razas, sexo ¹. Es una lesión que se registra mundialmente y sus causas, en la actualidad, no están del todo definidas, por lo que se le considera multifactorial ².

Los estudios que han tratado el tema, relacionan al estrés como uno de las causas de la presencia de estas lesiones en boca. Los investigadores ha señalado que la alteración de la condición emocional (stress) está muy relacionada con la inmunidad, la cual disminuye, desencadenando procesos patológicos diversos, entre ellos, la presencia de lesiones aftosas recurrentes³.

El diagnóstico de la RAS se basa en motivos clínicos, pero la etiología y la patogénesis siguen sin estar claros⁴. Los factores locales y sistémicos se han sugerido para afectar al desarrollo de la estomatitis aftosa recurrente. Algunos factores predisponentes son los traumatismos, los cambios hormonales, la dieta, las deficiencias nutricionales, enfermedad celíaca, y trastornos inmunológicos⁵. En cuanto a las deficiencias nutricionales, algunos estudios han encontrado niveles disminuidos de hierro, vitamina B3 y B12, vitamina C y ácido fólico⁶.

El presente estudio buscará determinar factores de riesgo relacionado a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años.

INDICE

DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTOS.....	04
RESUMEN.....	05
SUMARY.....	06
INTRODUCCIÓN.....	07
INDICE.....	08

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación y planteamiento del problema.....	09
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Justificación de la investigación.....	11
1.4. Objetivos de la investigación.....	12
- General	
- Específicos	

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema.....	14
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Definición de términos.....	39
2.4. Hipótesis.....	40
2.5. Identificación de Variables.....	40
2.6. Operacionalización de Variables.....	41

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de Investigación.....	42
3.2. Método de Investigación.....	43
3.3. Diseño de la Investigación.....	43
3.4. Población y Muestra.....	44
3.5. Técnicas e Instrumentos.....	44
3.6. Análisis y Procesamiento de Datos.....	46

CAPITULO IV: RESULTADOS.....

CAPITULO V: DISCUSIONES.....

CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

BIBLIOGRAFIA.....

ANEXOS.....

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema:

La estomatitis aftosa recurrente es una de las lesiones de cavidad bucal que se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes ⁷. Entre los 10 y 19 años de edad ⁸.

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) es considerada una urgencia en estomatología, caracterizada por la presencia de ulceraciones que pueden aparecer en cualquier lugar de la mucosa bucal, las que dejan expuesto el tejido conectivo al medio bucal, lo que justifica el dolor siempre presente en esta afección. Afecta alrededor del 20% de la población, aunque hay reportes que muestran hasta un 60%. La edad promedio de presentación está entre los 19 y 20 años y su presencia no guarda relación con la ubicación geográfica ni con la raza ⁹. Se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más alto estándar socioeconómico y un discreto predominio en el sexo femenino, aunque muchos autores señalan que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro ¹⁰.

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) desde la antigüedad se considera una enfermedad, cuya prevalencia se observa en casi todas las edades, en diferentes clases sociales, razas, sexo; en suma, es una lesión que se registra mundialmente y sus causas en la actualidad, no están del todo definidas, por lo que se considera multifactorial la presencia de estas lesiones en boca ¹¹.

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad frecuente en humanos que dentro de las afecciones de la cavidad oral, es la más frecuente en los tejidos blandos de las mucosas. Afecta, aproximadamente, entre 15% a 20% de la población mundial. Aparentemente la EAR es más notoria en Norteamérica, que en el resto del mundo, allí algunos grupos socioeconómicos presentan incidencias de casi un 40%¹².

En Perú, sostienen que la EAR afecta al 20% de la población en general, con un predominio neto de 2/1 de las mujeres respecto a los hombres, con una edad media de 33 años prevaleciendo en la edad escolar, en la segunda década de la vida hasta en un 50%. Su aparición es creciente en intensidad de brotes entre la tercera y cuarta década de la vida, para luego disminuir, Jiménez¹³.

En cuanto al agente etiológico de la enfermedad, hasta la actualidad, no se atribuye ningún agente etiológico específico, pero se reportan determinadas situaciones que pueden derivar hacia la EAR, Estos factores asociados a la EAR son denominados agentes desencadenantes, los mismos son: Agentes Psicológicos: estrés, ansiedad, depresión. Agentes Alimentarios: cítricos. Agentes Traumáticos locales. Agentes carenciales. Agentes endocrinológicos: fase premenstrual, diabetes mellitus, etc. Agentes relacionados con la histopatología como la disminución de la hiperqueratinización de la mucosa oral por cese del tabaquismo. Agentes infecciosos: bacterianos, virales y micóticos, entre otros, los cuales están más relacionados con la sobre infección y el mantenimiento de las aftas previamente establecidas¹⁴.

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años en la ciudad de Huánuco 2016?

Problemas Específicos

¿Cuáles son las características personales de los pacientes de 18 a 50 años con aftas bucales?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años según sexo?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años según edad?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Teórica:

La realización de este estudio es relevante ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema de los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años en la ciudad de Huánuco.

Práctica:

Los resultados favorecerán a la docencia y a la práctica médica ya que en Perú en la mayoría de las áreas de Ciencias de la Salud sobre todo en la Facultad de Odontología, tanto los estudiantes como los profesores e investigadores, consultan bibliografías extranjeras, trayendo como consecuencia un distanciamiento con nuestra realidad, en lo que problemas de salud se refiere.

Metodológica

Las lesiones aftosas de la mucosa bucal constituyen un apartado importante en la práctica clínica, ya que expresan la existencia de enfermedades sistémicas o de enfermedades idiopáticas intrínsecas y específicas de la cavidad bucal. Por otra parte, cabe destacar que por tal motivo, se realizará los factores de riesgo de las aftas bucales.

1.4. OBJETIVOS:**a) Objetivo general:**

Relacionar los factores de riesgo con las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años en la ciudad de Huánuco 2016.

b) Objetivo específico:

Determinar las características que pueden presentar los pacientes de 18 a 50 años que acude al hospital Hermilio Valdizan con diagnóstico de aftas bucales.

Establecer los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años que acuden al hospital Hermilio Valdizan según el sexo que presente.

Identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a las aftas bucales que se pueden presentar los pacientes de 18 a 50 años que acuden al hospital Hermilio Valdizan según la edad que presenten.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Troya E. Martínez J. Padilla E. Iglesias N. Ramos A. Cuba 2014. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. Se considera la enfermedad más frecuente de la mucosa bucal, ocupa el segundo lugar, y es más frecuente en niños y adolescentes. Objetivo: Fue determinar el nivel de afectación por situaciones de estrés en pacientes con estomatitis aftosa recurrente que acuden a dicha consulta. Metodología: La muestra quedó conformada por 119 pacientes que tenían la presencia clínica de estomatitis aftosa recurrente, de ella 81 personas del sexo femenino para un 68,1 %, el grupo de edades más representado fue el de 15 a 24 años con 61 individuos para un 51,3 %; la forma menor fue la más observada desde el punto de vista clínico, las situaciones de estrés estaban presentes en la mayoría de los casos. Conclusión: Se arribó a las conclusiones de que la mayoría de las personas atendidas presentaron rasgo de ansiedad, los modos de afrontamiento al estrés más representados fue la búsqueda de apoyo social y los pacientes son vulnerables ante situaciones de estrés¹⁵.

Sánchez Z. Martínez I. Hidalgo G. Cuba 2011. El estrés como factor de riesgo de la estomatitis aftosa recurrente. La estomatitis aftosa recurrente se presenta con periodicidad, intensidad y persistencia, por lo que constituye un motivo de consulta frecuente en la práctica médica, y si se le relaciona con agentes psicológicos desencadenantes como el estrés y los síntomas que afectan su calidad de vida, constituyen un problema de salud en la población. Objetivo: Identificar la presencia de estrés en los pacientes que acudieron a consultas de urgencias estomatológicas con estomatitis aftosa recurrente. Metodología: Para su diseño y elaboración se efectuó un estudio de tipo observacional, analítico y de corte transversal, en pacientes que acudieron a consultas de urgencias y que fueron diagnosticados con la enfermedad. El universo estuvo constituido por 3 553 pacientes atendidos en consulta de urgencia, de donde se obtuvo una muestra de 62, a los que se les valoró su estado psicológico mediante el test de medición Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Conclusion: Al finalizar se concluyó que el 90,3 % de los pacientes afectados por la enfermedad estaban sometidos a niveles de estrés, por lo que se comprobó la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre estos desórdenes psicológicos y la enfermedad¹⁶.

Correnti M y cols. Venezuela 2007. “Factores Inmunológicos y Microbiológicos Asociados con la Etiología de la Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)”. Objetivo: El objetivo del trabajo fue, realizar una

revisión de los principales factores inmunológicos y microbiológicos, asociados con la EAR y concluyeron lo siguiente: La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) es una enfermedad ulcerativa, dolorosa y muy común de la cavidad bucal, cuya etiología es desconocida. Algunos reportes han señalado que los pacientes afectados con esta condición presentan una respuesta inmunológica defectuosa. Metodología: Adicionalmente, existe atención en destacar la importancia y participación de las moléculas de adhesión en el reclutamiento del infiltrado inflamatorio en esta condición. Las moléculas de adhesión VCAM-1 (molécula de adhesión vascular-1) e ICAM-1 (molécula de adhesión intercelular-1), son esenciales para la unión de las células inflamatorias a las células endoteliales. Formas circulantes de estas moléculas han sido detectadas en un número de enfermedades vasculíticas, y EAR tiene características similares a esta entidad. Conclusión: Por otra parte *Helicobacter pylori* ha sido demostrado como el agente causal de la úlcera gástrica que presenta gran similitud histológica con la EAR¹⁷.

ANTECEDENTES NACIONALES:

Vargas S, Valdivieso J. Perú 2013. Manifestaciones orales asociadas al estrés en alumnos de Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y transversal que tuvo como propósito demostrar la relación entre el estrés y las lesiones en mucosa oral en los alumnos de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en noviembre del 2013.

El grupo en estudio estuvo constituido por 113 alumnos. Para la evaluación del estrés tanto en su presencia como nivel se aplicó el cuestionario de estrés percibido (PSQ) o escala de Levenstein versión española. Así mismo para la evaluación de las lesiones en mucosa oral se utilizó una ficha de recolección de datos en la que se describió la presencia de las lesiones más frecuentes en mucosa oral. Resultados: Revelan que la población total del estudio presenta estrés, siendo el estrés severo el más prevalente, a su vez la dimensión miedo y ansiedad presenta un 58.4% de estrés moderado, un 26.5% de estrés severo y un 6.2% de estrés muy severo. Por otro lado dentro de las lesiones de la mucosa oral se evaluó la enfermedad gingival y la estomatitis aftósica. Conclusión: Obteniendo como resultado que el 30.1% presenta enfermedad gingival leve frente a un 69,0% que no presenta enfermedad gingival, con respecto a la estomatitis aftósica solo el 16.8% presentó esta lesión¹⁸.

Echarry O. Perú 2014. Estudio comparativo de dos terapias naturales en la cicatrización de las lesiones de la estomatitis aftosa recurrente. Metodología: Se realizó un estudio de intervención terapéutica, cuyo universo fueron los pacientes diagnosticados con Estomatitis Aftosa Recurrente, durante el período de setiembre del 2013 a diciembre del 2014, y la muestra abarcó 124 pacientes, conformándose dos grupos de 62 pacientes cada uno, al primero se aplicó el Oleozón y al segundo tintura de Propóleos al 5 %. Las variables utilizadas fueron sexo, edad, tamaño, cicatrización de las lesiones y eventos adversos. Resultados: Se probó en ambos tratamientos una disminución muy

significativa del tamaño de la lesión a las 48 horas. A las 144 horas el 96,8% de las lesiones estaban cicatrizadas en el grupo al que se le aplicó el Oleozón, y el 90,3% de las lesiones que recibieron la tintura de propóleos. No se presentó evento adverso en ninguno de los dos grupos. Conclusiones: Quedó demostrada la eficacia terapéutica y la inocuidad de ambos tratamientos en la reducción del tamaño de las lesiones y su cicatrización aunque si apreciamos que ambos efectos fueron más favorecidos con el Oleozón¹⁹.

Ayala C. Perú 2010. El eugenol y su efecto antiinflamatorio en las aftas de la mucosa bucal en el hospital san bartolomé en el 2010. El propósito de este estudio que lleva por título “El eugenol y su efecto antiinflamatorio en las aftas de la mucosa bucal”, fue determinar las propiedades antiinflamatorias del eugenol en las aftas, basándose en las medidas del dolor, diámetro, rubor, cicatrización y tiempo cronometrado en días. Metodología: Para el cual se utilizó el eugenol al 86%, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, durante los meses de Julio a Octubre del 2010, luego de entrevistar a aproximadamente 800 pacientes, se obtuvo una muestra real de 21 casos de pacientes con aftas en la mucosa bucal. A estos pacientes se les realizó la aplicación tópica de eugenol con un hisopo durante 30 segundos. Conclusion: A la observación clínica se obtuvo que el efecto antiinflamatorio fue favorable, al reducirse el diámetro de la lesión en el periodo comprendido entre el tercer y quinto día, en comparación a otros estudios en el cual la lesión remitía entre los siete y diez días²⁰.

Gutiérrez D. Perú 2005. “Efecto del estrés y del tabaquismo en la EAR”. Metodología: La unidad de muestra estuvo formada por 60 pacientes, todos los pacientes mayores de edad, de ambos sexos que presentaron lesiones aftosas, 30 fumadores y 30 no fumadores. Conclusion: Se estableció que la aparición de lesiones aftosas recurrentes en la cavidad bucal tiene un origen multicausal, entre ellas señala al estrés. Se consideró también que el hábito de fumar tiene, en la condición del estrés, un papel importante, pues la literatura científica reconoce los efectos que la nicotina tiene sobre el organismo, así como a nivel psicológico. La lesión aftosa predominante en la cavidad bucal fue la de tipo “menor” y su ubicación más frecuente fue en la mucosa labial. La presencia del hábito de tabaquismo (tiempo de fumador y número de cigarrillos) no tiene una relación con la mayor o menor frecuencia de lesiones aftosas en la mucosa bucal²¹.

ANTECEDENTES REGIONALES

No se encuentran estudios similares.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 AFTAS BUCALES

2.2.1.1 DEFINICIÓN

Son úlceras agudas dolorosas de la mucosa bucal movable, que ocurren aisladas en grupos (“úlceras gangrenosas”).²² Esta enfermedad se caracteriza por la aparición repetida de úlceras dolorosas en las mucosas de la boca. Existe una gran confusión de términos: se habló de “estomatitis aftosa aguda”, “estomatitis vesicular”, “estomatitis maculofibrinosa”, “úlceras gangrenosas”, “úlceras dispépticas”, “úlceras aftosas aisladas habituales”, “úlceras mucosas”, etc. Las identificó Hipócrates, y fueron estudiadas cuidadosamente por médicos españoles e ingleses de los siglos XIII y XIX; en un principio, las úlceras aftosas se creían características de la glosopeda. Es una enfermedad que se caracteriza por úlceras recurrentes limitadas a la mucosa bucal en pacientes sin otros signos de afección. Muchos especialistas e investigadores en medicina bucal ya no la consideran una enfermedad aislada. Se ha relacionado padecimientos inmunitarios deficiencias hematológicas y anormalidades alérgicas o psicológicas²³.

TIPOS DE AFTAS

Cooke clasificó las lesiones en tres grupos clínicos²⁴.

Aftas Menores o de Mikulicz:

Son la forma más común de manifestación, constituyen el 75-85% de las aftas. Suelen ser únicas o varias de pequeño tamaño, menos de 1 centímetro de diámetro, bien definidas, ovaladas o redondas. Son úlceras superficiales cubiertas por una fibromembrana amarilla gris oscura y rodeadas de un halo eritematoso. Son moderadamente dolorosas y curan en un periodo de siete a catorce días sin dejar cicatriz. Suelen recurrir frecuentemente, siendo lo más común la aparición de dos o cuatro episodios al año²⁵. Tienen un crecimiento centrífugo y evolucionan a la curación por reepitelización desde los bordes al interior²⁶. Afectan fundamentalmente a mucosas yugales, labiales, fondo de vestíbulo, suelo de boca y cara ventral y bordes de la lengua, siendo la mucosa labial y el suelo de la boca las localizaciones más frecuentes²⁷.

Cuando afecta las superficies ventral o lateral de la lengua, el dolor no guarda proporción con el tamaño de la lesión; la úlcera aftosa menor persiste por siete a 10 días y sana sin formación de cicatrices, la recurrencia varía de un individuo a otro y se pueden presentar periodos de semanas o años sin la enfermedad. Los pacientes con la enfermedad de Crohn tienen, además de las aftas bucales, fisuras en la mucosa y nódulos. Esto es más frecuente en mucosa bucal, vestíbulos y labios, donde se produce un efecto de “adoquinado”. La biopsia de estas lesiones en la mucosa muestran granulomas pequeños no calcificados.

Úlceras Aftosas Mayores

Antes se pensó que esta forma era una entidad separada y se conocía como periadenitis necrótica recurrente de la mucosa (PNRM) o enfermedad de Sutton.

Ahora, se le considera como la expresión más grave de la estomatitis aftosa. Las lesiones son más grandes (>1 cm) más dolorosas y persisten por más tiempo que las aftas menores. Debido a la profundidad de la inflamación, las úlceras aftosas mayores aparecen con una forma clínica de cráter y cicatrizan con escara.

Pueden transcurrir hasta seis semanas para que esto suceda y tan pronto como desaparece una úlcera empieza otra. Los pacientes que sufren la enfermedad sin remisiones, con dolor intenso y molestias importantes pueden presentar afección sistémica por la dificultad para comer y el estrés psicológico. Tanto la enfermedad menor como la mayor presentan predilección por la mucosa bucal móvil²⁸.

Representan una forma más severa de aftas, se observan en el 10-15% de los pacientes con estomatitis aftosa recidivante²⁹.

Superan el centímetro de diámetro, suelen aparecer como una lesión aislada o dos, pueden durar más de un mes y a veces dejan cicatriz tras la curación³⁰. Son más dolorosas que las aftas menores y tienen predilección por los labios, paladar blando y pilares amigdalinos, donde pueden causar disfagia. Cada lesión presenta

una marcada induración y la úlcera es relativamente profunda y destructiva³¹.

Úlceras Aftosas Herpetiformes

Esta forma de la enfermedad se presenta como un brote recurrente de úlceras pequeñas que afectan, por lo común, la mucosa móvil pero pueden dañar el paladar y la mucosa gingival. Causa mucho dolor y sana en una a dos semanas.

Se diferencia de las úlceras herpéticas porque las lesiones no son precedidas por vesículas y no se demuestran células infectadas con el virus, ni es posible relacionarla con una infección viral³².

Son las menos comunes, entre un 5-10% de los pacientes con aftas³³. Debido al tamaño que alcanzan al unirse tardan más de diez días en curar, son muy dolorosas y son tan recurrentes que las úlceras pueden ser casi continuas. Afectan principalmente a mujeres y el primer brote es algo más tardío³⁴.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Rara vez se observa una etapa vesicular. La úlcera se inicia como erosión ovoide, superficial, con borde amarillento ligeramente elevado rodeado de una zona hiperémica estrecha, carmesí, que se recubre en cinco o siete días de un material opaco amarillento compuesto por líquidos tisulares coagulados, bacterias bucales y leucocitos. La fase dolorosa aguda dura tres a cuatro días; los

síntomas disminuyen posteriormente hasta que la lesión cura espontáneamente, por lo general sin cicatriz, en siete a diez días.

Las primeras alteraciones patológicas van precedidas por un periodo prodrómico de 1 a 24 horas (en general de 4 a 12), en el cual se siente ardor y hormigueo en la mucosa afectada, como antes de la aparición de vesículas febriles. Las mucosas de labios y boca son el asiento más frecuente de estas lesiones. Es raro encontrar úlceras aftosas en la parte de los labios que no está humedecida por la saliva. También están afectados la lengua, el piso de boca, el paladar y las encías, pero en estas regiones la frecuencia es menor. Las lesiones pueden estar aisladas, o presentarse en grupos, afectando simultáneamente varios tejidos intrabucuales. El primer cambio consiste en la aparición de pequeñas máculas eritematosas, de 1 ó 2 mm de diámetro, y cuyo tamaño crece en algunas horas, sin pasar en general de 1 cm. Aparece una región central pálida, donde la observación con microscopio estereoscópico no permite encontrar vasos. La mucosa de la región isquémica se necrosa en cosa de minutos, hasta formar una úlcera crateriforme superficial con bordes regulares netos, sin socavamiento, y fondo fibrinoso amarillo grisáceo. Alrededor de la lesión se encuentra un halo eritematoso estrecho bien delimitado. El edema o la reacción general son escasos o nulos. Las lesiones son muy dolorosas, y el paciente puede experimentar dificultades para comer hablar, hablar o realizar ciertos movimientos de la cara. De hecho, el dolor parece muchas veces no corresponder al aspecto de las lesiones.

Las úlceras duran de 4 a 20 días, y desaparecen lentamente, de los bordes hacia el centro, sin dejar cicatriz. En ocasiones, se observan lesiones hasta de 2 a 3 cm de diámetro, 3 ó 4 mm de profundidad, que persisten varios meses, cerrando lentamente y produciendo cicatrices importantes. Pueden seguir, o no, a úlceras de menor duración, y recibieron el nombre de “periadenitis mucosa recurrente”³⁵.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlceras dolorosas recurrentes de lengua, mucosa vestibular, piso de la boca y pilares de paladar; no se encuentra en piel, labios, encía o paladar duro; por lo general son redondas u ovals, no precedidas por vesículas. Tipo menor: por lo regular única, mide menos de 1cm de diámetro ; es poco frecuente; tipo mayor, grave, cura después de seis semanas, deja cicatriz; tipo herpetiforme, varios grupos de úlceras recurrentes³⁶.

Se conocen tres formas de la enfermedad: menor, mayor y herpetiforme, que se cree forma parte del mismo padecimiento y poseen la misma etiología; las diferencias son esencialmente clínicas y corresponden a diferentes estados de gravedad. Todas se presentan como úlceras dolorosas y recurrentes, en ocasiones con síntomas prodrómicos, tales como hormigueo o ardor, no hay vesículas previas a la aparición de las úlceras y se localizan en el vestíbulo y mucosa bucal, lengua, paladar blando, fauces y piso de

boca, solo rara vez se encuentra en encía y paladar duro, la que las distingue de las úlceras herpéticas secundarias³⁷.

LOCALIZACIÓN

Mucosa labial (con excepción de la mucosa externa y de la unión cutaneomucosa); boca, lengua, encía, paladar y faringe; a veces genitales y ano³⁸.

DURACIÓN

5 a 30 días, según la localización y extensión; la presencia de cicatriz depende también de estos factores³⁹.

DATOS DE LABORATORIO

No hay inclusiones intranucleares ni células gigantes; predominio de leucocitos, y más tarde infiltrado de células plasmáticas.

A veces, neutropenia; en los casos graves (síndrome de Behçet),

Hipergammaglobulinemia y cuerpos autoinmunes⁴⁰.

Histopatología

Los indicios de la etiología y patogenia se encuentran durante la etapa temprana de la enfermedad, pero como el diagnóstico se establece por la presentación clínica y las biopsias no son necesarias, se dispone de muy poco material histopatológico. Sin embargo, hay estudios que demuestran en la etapa preulcerativa de células mononucleares en la submucosa y alrededor de los vasos, entre las que predominan linfocitos T4 que se convierten en T8 cuando se produce la etapa ulcerativa. En la base de la úlcera se

encuentran además macrófagos y mastocitos. En la etapa temprana de las lesiones se observa extravasación de eritrocitos y neutrófilos lo que apoya una etiología de vasculitis por complejo inmunitario.

No hay características microscópicas diagnósticas en las úlceras aftosas y tampoco se encuentran células infectadas con virus. Todas las formas muestran los mismos cambios microscópicos que indican una etiología inmunitaria⁴¹.

DISTRIBUCIÓN

Las recurrencias son comunes, con la presencia de dos o tres úlceras en cada crisis; sin embargo, en algunos individuos es frecuente encontrar 10 a 15. Afecta más a mujeres que a varones⁴².

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos estudios relacionados con los factores desencadenantes de la estomatitis aftosa recidivante, aunque muchos son contradictorios⁴³. Se considera que su etiología es multifactorial, en la que influyen un gran número de factores predisponentes⁴⁴. Para su estudio los clasificaremos en factores predisponentes intrínsecos y extrínsecos⁴⁵.

FACTORES PREDISPONENTES INTRÍNSECOS

EDAD

En el 80% de la población el primer brote se produce antes de los 30 años, disminuyendo en frecuencia y severidad al aumentar la edad ⁴⁶.

Se ha citado que el comienzo tardío de la enfermedad podría ser la primera manifestación de alguno de los síndromes antes descritos, como la enfermedad de Behçet.¹⁰ El 40% de los menores de 15 años con aftas refieren el desarrollo del primer brote antes de los 5 años ⁴⁷.

En un estudio transversal realizado en la población general en Estados Unidos se observó una prevalencia significativamente mayor entre los niños y adolescentes que en los adultos (1,94% y 0,89% respectivamente). En este estudio los adolescentes fueron el grupo con mayor prevalencia de aftas, cifrándose en el 2,53%⁴⁸.

SEXO

La estomatitis aftosa recidivante parece afectar con mayor frecuencia a las mujeres. Una ligera predisposición se ha descrito en mujeres y niñas ⁴⁹.

ETNIA

Son muy pocos los estudios en los que se analiza la influencia de la etnia en la presencia de aftas ya que la mayoría de los estudios se realizan en poblaciones homogéneas ⁵⁰. Se ha aceptado que la

estomatitis aftosa recidivante afecta con mayor frecuencia a los individuos de raza blanca⁵¹.

En Estados Unidos la prevalencia de aftas es tres o cuatro veces superior en escolares y adultos blancos que en negros y otras Etnias⁵².

HERENCIA FAMILIAR

En los primeros estudios en los que se intentó comprobar el papel de la herencia en el desarrollo de la enfermedad no se obtuvieron resultados positivos, repetidamente se ha venido observando desde entonces la importancia de este factor en la aparición de aftas⁸⁹. En estudios posteriores se observó un aumento en la susceptibilidad de padecer aftas en niños⁹⁰; Cuyos padres tenían una historia positiva de estas lesiones⁹¹.

Se ha analizado la posible asociación entre la aparición de aftas y la herencia de ciertos polimorfismos genéticos. En un estudio reciente la presencia de polimorfismos relacionados con una producción elevada de interleuquinas 1 β duplica el riesgo de aftas y se triplica en el caso de FNT- α ,⁸⁶ coincidiendo con los resultados presentados en estudios anteriores donde la IL-6 también se ha asociado con un mayor riesgo de aftas. Albanidou-Farmaki y colaboradores confirmaron que la herencia de ciertos antígenos leucocitarios humanos (HLA) determinaba la susceptibilidad de aftas entre los miembros de las familias estudiadas pero no han identificado ningún

HLA específico.^{88A} pesar de estos datos no está muy claro si esta asociación es debida a una influencia genética directa o a un similar estado social, tradiciones o hábitos de los miembros de la familia ⁵³.

CAMBIOS HORMONALES

La asociación entre la estomatitis aftosa recidivante y el ciclo menstrual, embarazo y menopausia ha sido aceptada ampliamente, aunque no hay ninguna evidencia científica de ello.⁸⁹ Se ha sugerido que la baja calidad del diseño de los estudios y del análisis de sus resultados ha contribuido a esta confusión.⁹⁰ Una de las hipótesis que intenta explicar el desarrollo de aftas con el ciclo menstrual se basa en que la disminución de los niveles de estrógenos producida durante la fase premenstrual o luteínica provoca que la mucosa oral sea más susceptible al desarrollo de aftas, al observarse una disminución de la cornificación del epitelio ⁵⁴.

FACTORES DIETÉTICOS

Las aftas se han relacionado con ciertos alimentos o sensibilidad a alérgenos alimentarios presentes en aromatizantes, conservantes y colorantes. Se ha sugerido que la sensibilidad a ciertos alimentos puede ser considerada como un factor precipitante adicional de aftas en pacientes sanos a los se les recomendaría realizar pruebas de alergia con el objetivo de eliminar de su dieta los alimentos responsables⁵⁵.

REACCIONES A MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUÍMICOS

Se han descrito numerosos casos aislados de úlceras aftosas inducidas por medicamentos como los antiinflamatorios, especialmente el piroxican⁵⁶.

El más documentado ha sido el nicorandil, medicamento vasodilatador usado en enfermedades cardiovasculares, se ha calculado que el 5% de los sujetos tratados con nicorandil presentan afta⁵⁷.

En un estudio reciente se estudió la relación entre las aftas y medicamentos que se han relacionado con la aparición de aftas en casos aislados, no se encontró relación entre las aftas y el ácido acetilsalicílico, antiepilépticos, anticoagulantes, antibióticos, o inhibidores de la angiotensina, pero sí se confirmó una mayor predisposición a presentar aftas en pacientes con tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, beta-bloqueantes y analgésicos opioides (OR=4,8; 5; 5 respectivamente). La asociación entre aftas y analgésicos opioides no había sido descrita previamente⁵⁸.

La utilización de pastas de dientes que contienen lauril sulfato de sodio como detergente provoca una ligera descamación de la mucosa oral que podría favorecer la aparición de aftas en personas susceptibles⁵⁹.

ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS Y DÉFICIT DE VITAMINAS

Se han hallado diversas alteraciones hematológicas en aproximadamente el 26% de los pacientes con estomatitis aftosa recidivante pero en la mayor parte de los casos son alteraciones de pequeña magnitud. Entre ellas se han descrito como desencadenantes de episodios de estomatitis aftosa recidivante la neutropenia, la anemia por déficit de hierro, ácido fólico o por vitamina B12, aunque no está muy claro si estos aparecen como consecuencia de la afectación oral o tienen un papel causal en su desarrollo. Se ha relatado la asociación entre la deficiencia de vitamina B1 y la estomatitis aftosa recidivante, ya que se observa en el 70% de los casos frente al 8,3% de los controles. Sin embargo, su papel no está muy claro como factor etiológico ya que en estos individuos, una vez normalizado su déficit, no se produjo ninguna mejora en relación a sus brotes. Nolan y colaboradores hallaron que el 28,6% de los pacientes con estomatitis aftosa recidivante presentaban deficiencias de vitaminas B1, B2 y/o B6. Al controlar a estos pacientes durante tres meses sugirieron que los pacientes con aftas y déficit de vitaminas se podrían beneficiar del tratamiento con suplementos vitamínicos para prevenir o reducir los brotes. El déficit de hierro, ácido fólico, vitamina B1 (tiamina), vitamina B2 (riboflavina), vitamina B6 (piridoxina), y vitamina B12 pueden causar una alteración del sistema inmune que podría explicar , en parte, la asociación con la estomatitis aftosa recidivante⁶⁰.

DÉFICIT DE ZINC

Se ha observado que al restaurar el déficit de zinc de pacientes que padecían aftas, estas remitían o se presentaban menos frecuentemente y de forma menos dolorosa⁶¹.

Orbak y colaboradores observaron que el 42,5% de los individuos con aftas de su estudio presentaban valores de cinc en sangre ligeramente por debajo de lo normal y que tras un mes de tratamiento los niveles de cinc de los pacientes que recibieron placebo eran significativamente menores que los tratados con suplementos de cinc, en los que se observó una reducción en el número y frecuencia de aftas.

El papel del cinc en la cicatrización de las heridas y en el mantenimiento de la integridad epitelial podría explicar los efectos beneficiosos observados al ser usado como tratamiento de las aftas⁶².

FACTORES PREDISPONENTES EXTRÍNSECOS

ESTRÉS

Las situaciones que supongan estrés, ansiedad, nerviosismo o depresión pueden desencadenar brotes de aftas en pacientes susceptibles, si bien no existen muchos estudios que sustenten esta teoría⁶³.

.Los factores psicológicos juegan un papel importante en el mantenimiento de un buen estado de salud oral ya que unos elevados niveles de ansiedad y depresión se han asociado, además de a la estomatitis aftosa recidivante, a otras patologías como el liquen plano⁶⁴.

La ansiedad y el estrés están relacionados con el nivel de cortisol detectado en sangre y saliva, se ha observado mayor nivel de cortisol entre los pacientes con aftas y el grupo control y en pacientes con aftas persistentes frente a aquellos en los que se produjo una remisión de las lesiones tras corregir los déficits hematológicos⁶⁵.

CONSUMO DE TABACO

Existe una relación negativa entre la presencia de aftas y el hábito tabáquico ya que la prevalencia de estomatitis aftosa recidivante es mayor entre los grupos de no fumadores que en los fumadores⁶⁶.

Incluso se ha podido demostrar una relación entre el número de cigarrillos fumados y la presencia de aftas. Recientemente se comprobó esta relación negativa al estudiar el nivel de cotinina en sangre, hallándose una menor proporción de fumadores (sujetos cuyo nivel de cotinina en sangre es superior a 25 µg/ml) entre los pacientes con aftas que en la población general⁶⁷.

La nicotina parece afectar directa o indirectamente la respuesta inmune de los procesos inflamatorios⁶⁸. Indirectamente, la nicotina podría interferir en el sistema nervioso central, induciendo la producción de glucocorticoides y la respuesta del sistema nervioso

autónomo en la reducción del nivel inflamatorio. De forma directa actuaría sobre los receptores acetil-colina-nicotínicos de los macrófagos disminuyendo la producción de FNT- (factor de necrosis tumoral alfa) y de las interleuquinas 1 y 6 (IL-1 y IL-6) ⁶⁹.

TRAUMA

Toda acción irritativa sobre la mucosa oral, como traumas menores por cepillado, hábitos anómalos o manipulaciones dentales, incluida la anestesia dental, pueden provocar la aparición de aftas en personas susceptibles. Pero esta aparición puede ser no solamente donde actúa dicho factor, sino también en otras localizaciones de la mucosa.¹⁴⁸ Traumas mayores, como intervenciones quirúrgicas orales, no se han asociado con el desencadenamiento de aftas⁷⁰.

Es muy raro encontrar pacientes edéntulos portadores de prótesis dentales removibles con estomatitis aftosa recidivante, este fenómeno puede ser explicado por la edad de estas personas o el consecuente aumento de la queratinización de la mucosa⁷¹.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Al comparar la prevalencia de aftas en niños procedentes de dos colegios con diferente estatus económicos se observó que los niños pertenecientes a clases altas tenían más riesgo de presentar aftas, los autores explican estos resultados por el mayor nivel de expectativas y responsabilidades que pueden ir acompañados de mayor estrés. Datos similares se obtuvieron en un estudio posterior en adultos en el que los sujetos con mayor nivel de ingresos

presentaban dos veces más aftas que los que tenían menos ingresos. Rivera-Hidalgo y colaboradores observaron mayor prevalencia de aftas entre los sujetos con mayores ingresos, pero las diferencias no fueron significativas⁷².

FACTORES INFECCIOSOS

BACTERIAS

La presencia de una flora bacteriana local podría explicar por qué en los pacientes con estomatitis aftosa recidivante solo se encuentra afectada la mucosa oral, pero no existen evidencias de contagios entre los pacientes con aftas por lo que una base infecciosa parece poco probable⁷³.

Considerando las similitudes histológicas entre las úlceras pépticas y las aftas orales y debido a que estas últimas responden al tratamiento con antibióticos de amplio espectro como las tetraciclinas, se ha sugerido que el *helicobacter pylori* pueda estar relacionado con el desarrollo de las aftas⁷⁴. Se ha demostrado la presencia de ADN de *helicobacter pylori* en pacientes con aftas que afectan a la cavidad oral y faringe frente a ninguno en el grupo control, similares resultados fueron obtenidos en un estudio anterior en el que se sugiere que la presencia de *helicobacter pylori* en la mucosa oral y la producción de anticuerpos frente a determinantes antigénicos compartidos por las células epiteliales puedan provocar la destrucción del tejido asociado con las aftas. Esta asociación no ha sido confirmada por otros autores que no encontraron diferencias

significativas entre la presencia de helicobacter pylori en sujetos con aftas y el grupo control⁷⁵.

VIRUS

Se ha estudiado la relación entre aftas y virus como herpes simple, varicela-zoster, epstein-barr, citomegalovirus, y adenovirus, pero existen pocos datos fiables que avalen una causa infecciosa relacionada con las aftas⁷⁶.

Se han aislado adenovirus en aftas orales pero no se observó respuesta antigénica y al tratarse de un organismo ubicuo estos resultados deben confirmarse⁷⁷.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

ENFERMEDAD CELÍACA O ENTEROPATÍA

La enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmune caracterizada por la inflamación crónica del intestino delgado inducida por un componente del gluten. Se ha observado una mayor prevalencia de aftas en pacientes celíacos comparados con grupos control en estudios realizados en Europa y en Estados Unidos, estos datos contrastan con los aportados por otros autores que observaron mayor frecuencia de aftas en pacientes celíacos pero la diferencia no fue estadísticamente significativa⁷⁸.

SÍNDROME DE BEHÇET

El síndrome de Behçet es una enfermedad sistémica de etiología desconocida que afecta con mayor frecuencia a hombres mayores de 30 años ⁷⁹. Consta del inflamación de los vasos sanguíneos pudiéndose distribuir a varias partes del cuerpo es conocido como la enfermedad de la “Ruta de la Seda”, sugiriéndose una asociación genética desconocida ⁸⁰.

Los brotes de aftas preceden en años a las otras manifestaciones. Las aftas están presentes en el 100% de los enfermos de Behçet y son el síntoma inicial en el más del 80% de los casos. Se estima que entre los pacientes con estomatitis aftosa recidivante, el 2% son enfermos de Behçet ⁸¹.

Las aftas de los pacientes con estomatitis aftosa recidivante son clínica e histológicamente idénticas. Se desconoce la relación entre estas dos enfermedades ⁸².

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Episodios severos de aftas han sido observados en pacientes infectados por VIH. Las úlceras pueden manifestarse como afta mayor, menor o herpetiformes y normalmente se localizan en paladar blando, amígdalas o lengua provocando dificultades para hablar o comer. Las aftas mayores y las herpetiformes son más frecuentes entre los sujetos con menor recuento de CD4 y CD8 ⁸³.

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Aftas Bucales (Estomatitis Aftosa Recurrente)

Es una patología de la cavidad oral que se presenta con mayor frecuencia, en los países desarrollados, en dicha entidad aparecen úlceras ovoides, redondeadas recurrentes, con un halo eritematoso ⁸⁴. Es una de las condiciones inflamatorias ulcerativas y no traumáticas más dolorosas de la mucosa oral que dificultar o incapacitar la alimentación y el habla ⁸⁵.

Factores de Riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Estrés

El estrés es una entidad a la que se le ha asignado la responsabilidad de diversos episodios negativos para la salud. Según la OMS el estrés se define como un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción ⁸⁶.

Vitamina B12

La vitamina B12 es una vitamina hidrosoluble (soluble en agua), que está encuadrada en el complejo B. Es la última vitamina que fue descubierta (en 1948). Su nombre técnico es la cianocobalamina y su nombre es debido a que contiene cobalto en su estructura química. Es la única vitamina del complejo B que presenta esta característica ⁸⁷.

Ácido Fólico

El ácido fólico es la forma de vitamina más frecuentemente utilizada en alimentos fortificados (harinas, pan, arroz cereales para el desayuno y pasta) y en suplementos vitamínicos ⁸⁸.

2.4. HIPÓTESIS:

Ha:

Existen factores de riesgo asociados a las aftas bucales en pacientes de 18 a 50 años que acuden al Hospital Hermilio Valdizan 2016.

Ho:

No existen factores de riesgo asociados a las aftas bucales en pacientes de 18 a 50 años que acuden al Hospital Hermilio Valdizan 2016.

2.5. VARIABLES:

Variable de estudio:

- Aftas bucales

Variable de asociación:

- Factores de riesgo

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLES
VARIABLE DE ESTUDIO			
Aftas bucales	Aftas menores Aftas mayores Úlceras aftosas herpetiforme	Aspecto Tamaño Número	Categórica ordinal
VARIABLE DE ASOCIACIÓN			
Factores de riesgo	Edad	Adolescente Adulto Joven Adulto	Categórica ordinal
	Sexo	Femenino Masculino	Categórica Nominal
	Hábito de fumar	Si No	Categórica Nominal
	Herencia familiar	Si No	Categórica Nominal
	Cambios hormonales	Si No	Categórica Nominal
	Factores dietéticos	Si No	Categórica Nominal
	Reacciones medicamentosas	Si No	Categórica Nominal
	Productos químicos	Si No	Categórica Nominal
	Déficit de vitamina B12	Si No	Categórica Nominal

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO

TIPO

Según la finalidad del investigador:	Básica
Según intervención del investigador:	Observacional
Según número de mediciones de la variable de estudio:	Transversal
Según número de variables de interés (analíticas):	Analítico
Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:	Prospectivo

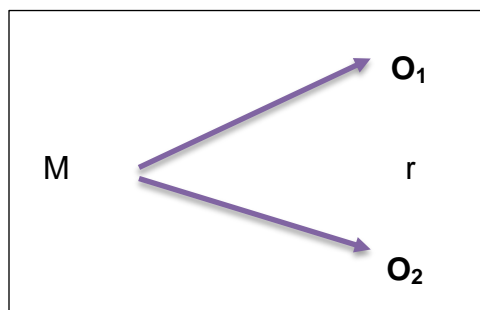
3.1.2 NIVEL

Relacional

MÉTODO

Deductivo – Inductivo

3.1.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



Donde:

M: Representa una muestra del estudio

O₁: Observación variable 1

O₂: Observación variable 2

r: Relación entre variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Estuvo conformada por los todos los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizán Huánuco en los meses de Octubre a Diciembre del 2016.

Muestra

Se realizo por muestreo no probabilístico intencionado. Estuvo conformada por 50 pacientes que acuden al consultorio de Odontología con diagnóstico de

Aftas bucales del Hospital Hermilio Valdizán Huánuco los meses de Octubre a Diciembre del 2016.

3.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS TÉCNICAS DE RECOJO, VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

➤ Fuentes de recolección de datos

- **Fuentes primarias:**

Son los datos que se obtuvieron directamente del objeto de estudio, en esta investigación en fichas de registro obtenidas de las aftas bucales y los cuestionarios para la obtención de los factores de riesgo.

➤ Técnicas de recolección de datos:

La recolección de datos se realizó mediante una ficha de observación de la lesión aftas bucales. Los datos obtenidos serán transcritos a una ficha de registro descriptiva individualizada elaborada específicamente para la presente investigación.

- **Ficha de registro:**

Se procedió a la creación de una ficha de registro único, con los requerimientos específicos a la cual se enfoca esta investigación, buscando dar una respuesta directa a los problemas planteados.

- **Observación:**

En el presente trabajo de investigación, se realizó la observación directa ya que esta quedo evidenciada en las radiografías tomadas.

➤ **Instrumentos de recolección de datos**

- **Ficha de datos:**

Se empleó como documentación para el estudio los datos básicos de cada paciente como: nombre, edad, sexo

- **Cuestionario**

Las premisas empleadas en la ficha constan de 18 ítems, el cual está dividido en dos partes: factores predisponentes intrínsecos y factores predisponentes extrínsecos con relación a la patología estudiada.

3.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Interpretación de datos y resultados

Para el procesamiento se utilizo un ordenador Intel inside core i5, se utilizará el programa estadístico Excel y SPSS V 22.0. Los resultados se presentarán en tablas y gráficas.

Análisis y datos, prueba de hipótesis

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva (media, desviación estándar) y la inferencial. Se realizó la prueba chi cuadrado de homogeneidad. y la prueba de correlación de Spearman.

.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Los datos se representan por medio de cuadros y gráficos para observar su comportamiento.

TABLA 01

Caracterización de los pacientes de con aftas bucales según sexo Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	18	36,0	36,0	36,0
	MASCULINO	32	64,0	64,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

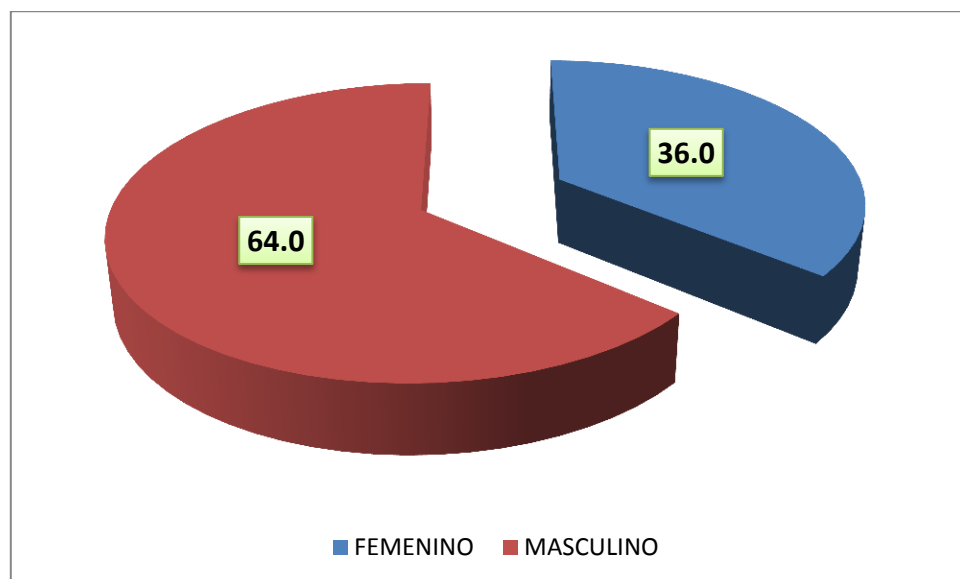


TABLA 01

Caracterización de los pacientes de con aftas bucales según sexo Huánuco 2016

Interpretación

En la tabla y gráfico 01, se observa la distribución de los pacientes con aftas bucales según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 50 (100%), 32 (64%) son de sexo masculino y el restante 36%, es decir 18 estudiantes son de sexo femenino.

TABLA 02

Caracterización de los pacientes de con aftas bucales según grupo etareo Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	19 a 25 años	19	38,0	38,0	38,0
	26 a 32 años	23	46,0	46,0	84,0
	33 a 39 años	7	14,0	14,0	98,0
	40 a 49 años	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

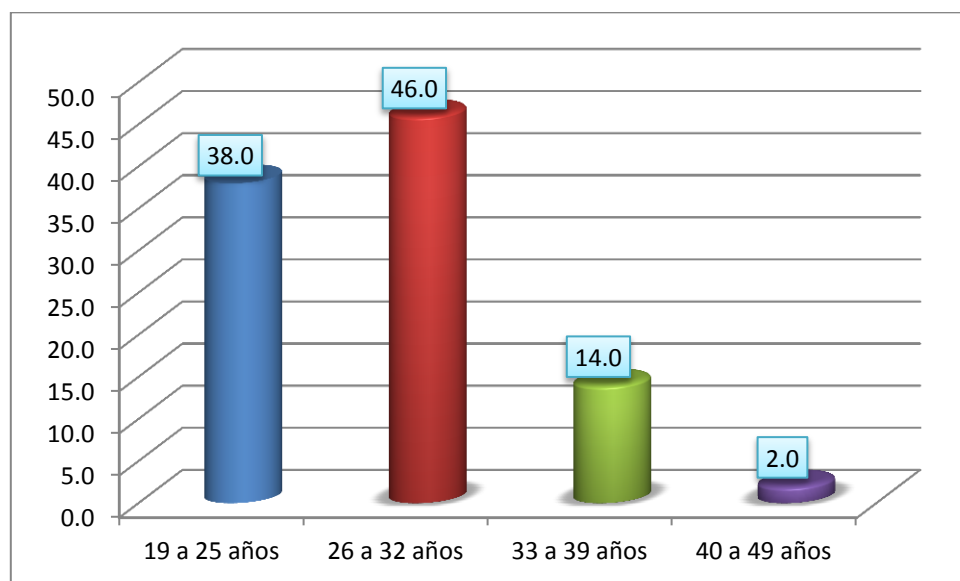


TABLA 02**Caracterización de los pacientes de con aftas bucales según grupo etareo Huánuco 2016****Interpretación**

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sus edades (grupo etareo), observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 26 a 32 años (46%), seguido en frecuencia por pacientes de 19 a 25 años 38% y finalmente, los paciente de 40 a 49 años de edad que se presentaron en un 2%.

TABLA 03**Herencia familiar como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	8,0	8,0	8,0
	NO	46	92,0	92,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

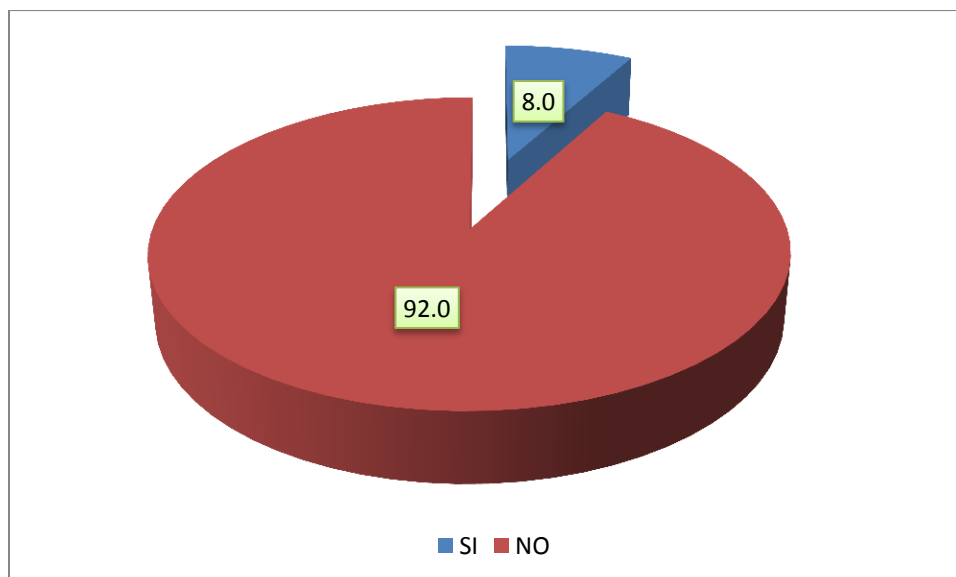


GRÁFICO 03

Herencia familiar como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016.

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo herencia familiar para la aparición de las aftas bucales solo representó solo un 8% con 4 casos y 92% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 04

Cambios hormonales como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

CAMBIOS HORMONALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	3	6,0	6,0	6,0
	NO	47	94,0	94,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

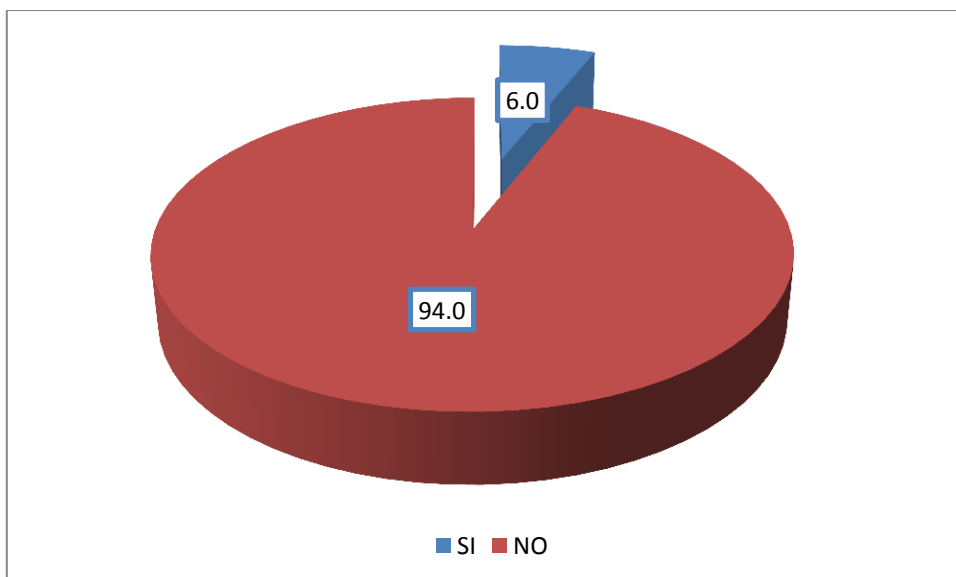


GRÁFICO 04

Cambios hormonales como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo cambios hormonales para la aparición de las aftas bucales solo representó el 6% con casos y 94% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 05

Trauma como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	9	18,0	18,0	18,0
	NO	44	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

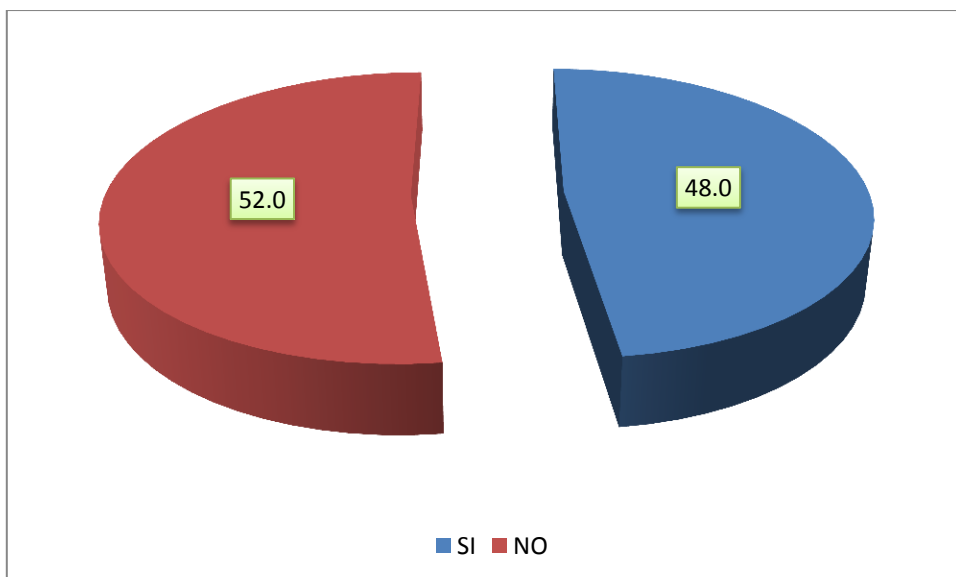


TABLA 05

Trauma como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales

Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo trauma para la aparición de las aftas bucales representó el 48% con 24 casos y 52% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 06

Deficiencias nutricionales como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	3	6,0	6,0	6,0
	NO	47	94,0	94,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

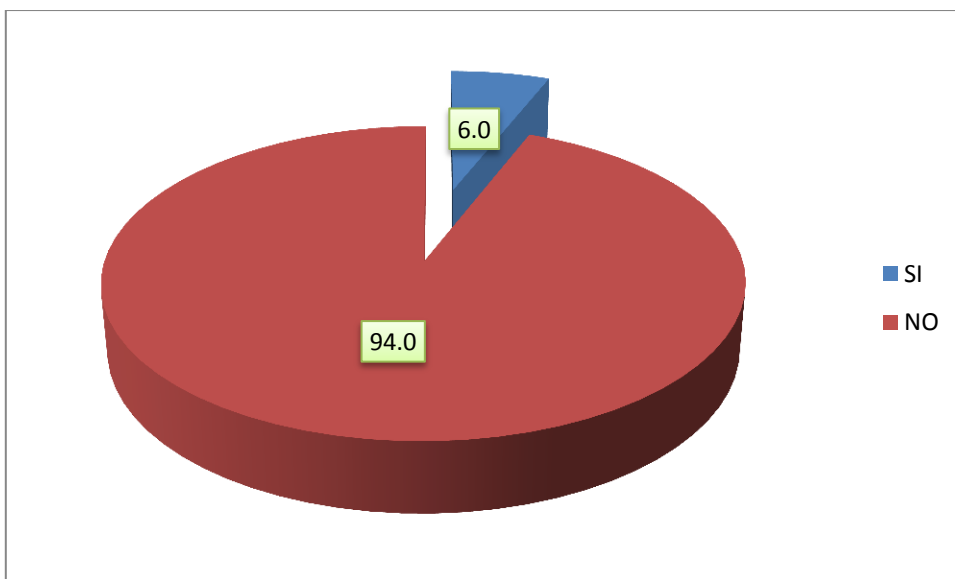


GRÁFICO 06

Deficiencias nutricionales como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo deficiencias nutricionales para la aparición de las aftas bucales representó solo el 6% con 3 casos y 64% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 07

Reacciones medicamentosas como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	4,0	4,0	4,0
	NO	48	96,0	96,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

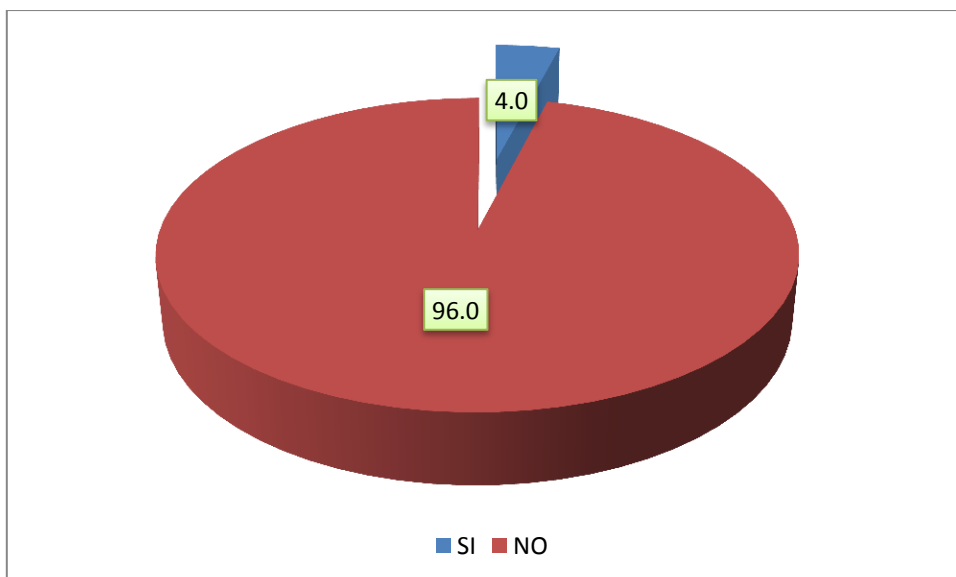


GRÁFICO 07

Reacciones medicamentosas como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016.

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo reacciones medicamentosas para la aparición de las aftas bucales representó solo el 4% con 2 casos y 96% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 08

Productos químicos como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	2,0	2,0	2,0
	NO	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

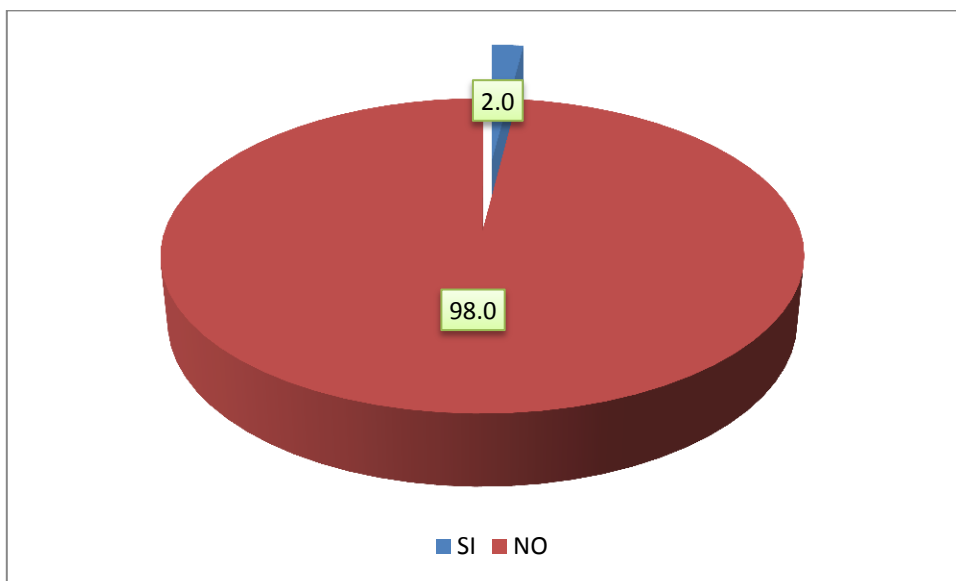


GRÁFICO 08

Productos químicos como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo productos químicos para la aparición de las aftas bucales representó solo el 4% con 2 casos y 96% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 09

Factores dietéticos como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

DÉFICIT DE VITAMINA B12					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	2,0	2,0	2,0
	NO	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

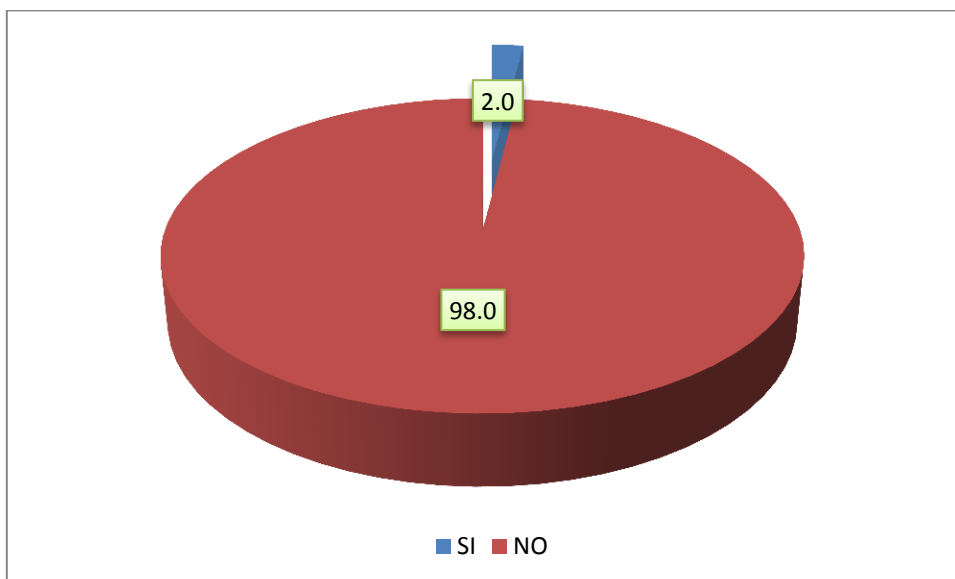


GRÁFICO 09

Factores dietéticos como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo factores dietéticos para la aparición de las aftas bucales representó solo el 2% con 1 casos y 98% no fue considerado como un factor de riesgo

TABLA 10

Alteraciones gastrointestinales como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	2,0	2,0	2,0
	NO	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

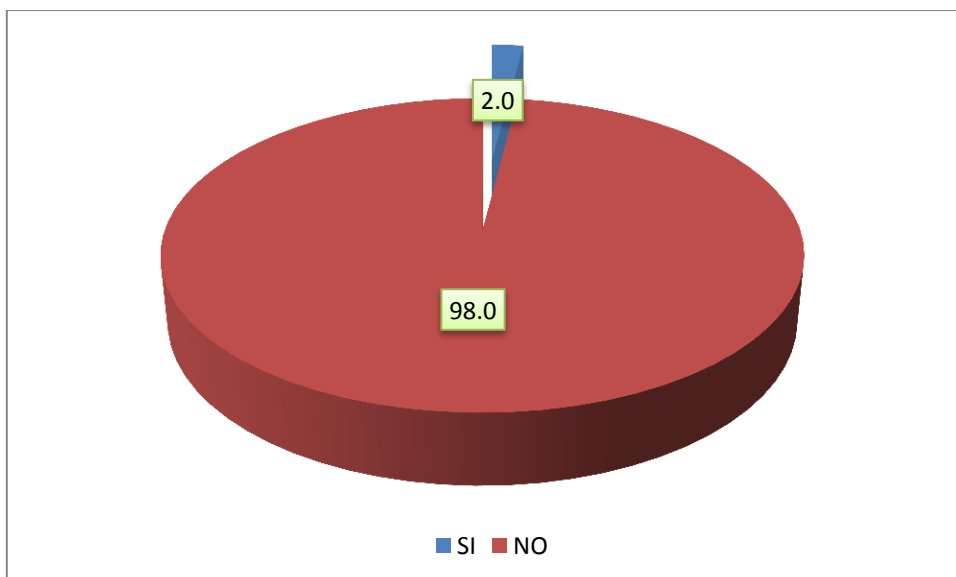


GRÁFICO 10

Alteraciones gastrointestinales como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo alteraciones gastrointestinales, para la aparición de las aftas bucales representó solo el 2% con 1 casos y 98% no fue considerado como un factor de riesgo

TABLA 11

Estrés como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	23	46,0	46,0	46,0
	NO	27	54,0	54,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

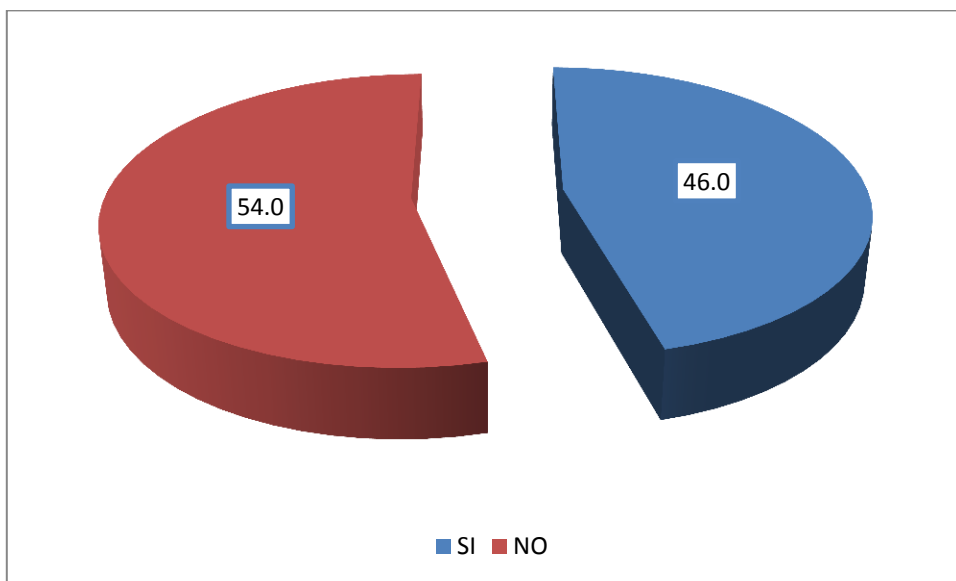


GRÁFICO 11

Estrés como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo estrés, para la aparición de las aftas bucales representó un alto porcentaje 46% con 23 casos y 54% no fue considerado como un factor de riesgo.

TABLA 12

Consumo de tabaco como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

CONSUMO DE TABACO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	4,0	4,0	4,0
	NO	48	96,0	96,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

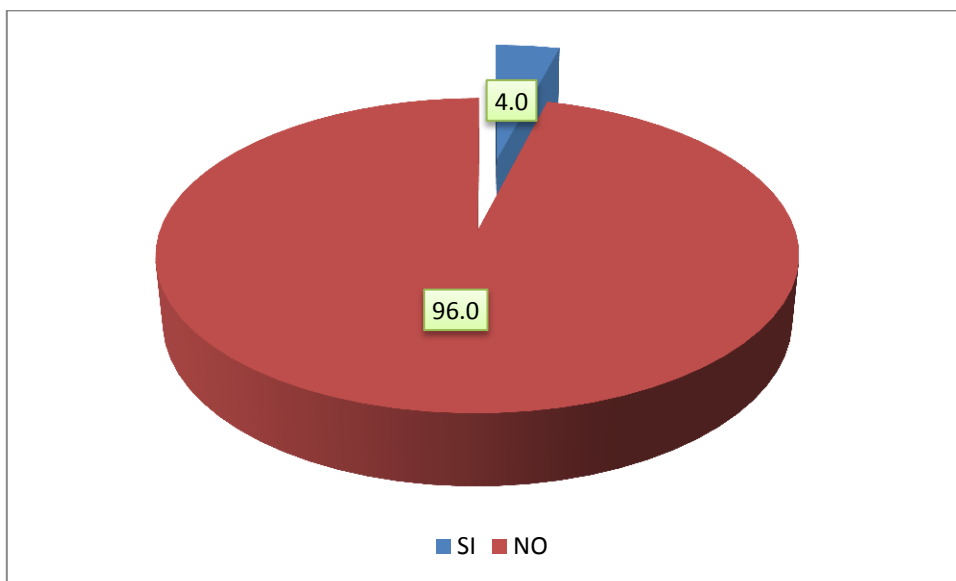


GRÁFICO 12

Consumo de tabaco como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo consumo de tabaco, para la aparición de las aftas bucales representó un alto porcentaje 4% con 2 casos y 96% no fue considerado como un factor de riesgo

TABLA 13

Infecciones como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	2,0	2,0	2,0
	NO	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco

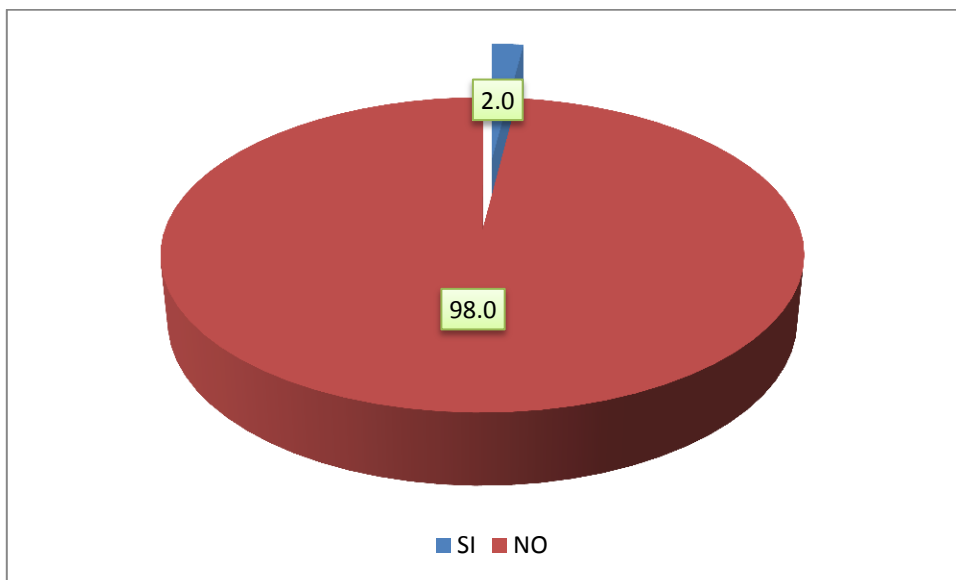


GRÁFICO 13
Infecciones como factor de riesgo en los pacientes de con aftas bucales
Huánuco 2016

Interpretación

En el presente gráfico muestra que como factor de riesgo procesos infecciosos, para la aparición de las aftas bucales representó un alto porcentaje 2% con 1 casos y 98% no fue considerado como un factor de riesgo

TABLA 15**Factores de riesgo asociado a las aftas bucales que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016**

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Valor p
HERENCIA FAMILIAR	4	8,0	0,28
CAMBIOS HORMONALES	3	6,0	0,54
RECCIONES MEDICAMENTOSAS	2	4,0	0,42
PRODUCTOS QUÍMICOS	2	4,0	0,69
FACTORES DIETÉTICOS	2	4,0	0,69
ALTERACIONES GASTROINTESTINALES	2	4,0	0,69
ESTRÉS	23	46,0	0,01
CONSUMO DE TABACO	2	4,0	0,42
TRAUMA	9	18,0	0,12
INFECCIONES BACTERIANAS	1	2,0	0,19
Total	50	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan

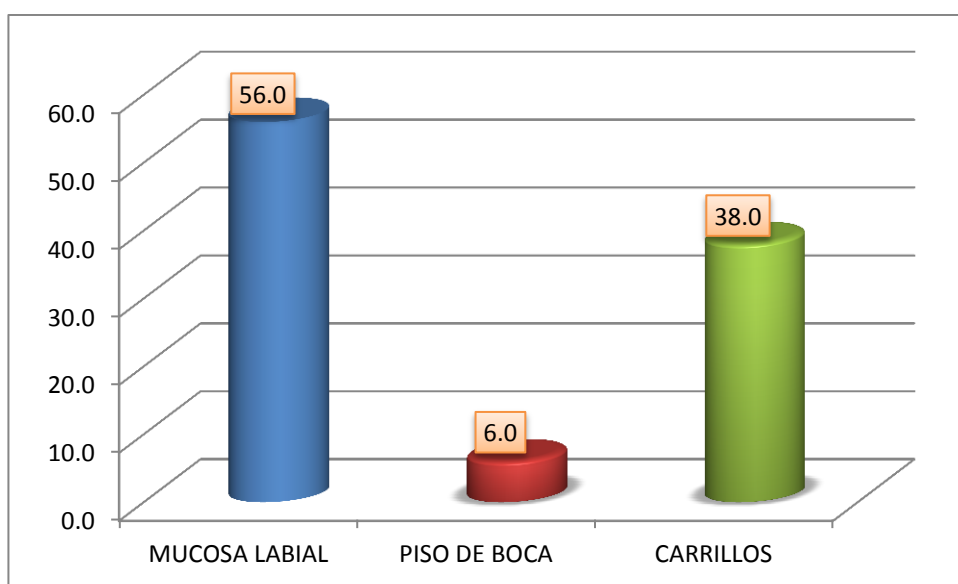
Interpretación

En la tabla 15 muestra los factores de riesgo que conllevan a la aparición de las aftas bucales en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan, obteniendo el más alto porcentaje al factor estrés con un 46% , seguido de los traumas en un 18%, de igual manera el factor cambios hormonales con un 6%

TABLA 16**Localización de las aftas bucales en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUCOSA LABIAL	28	56,0	56,0	56,0
	PISO DE BOCA	3	6,0	6,0	62,0
	CARRILLOS	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan

**GRÁFICO 16****Localización de las aftas bucales en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016**

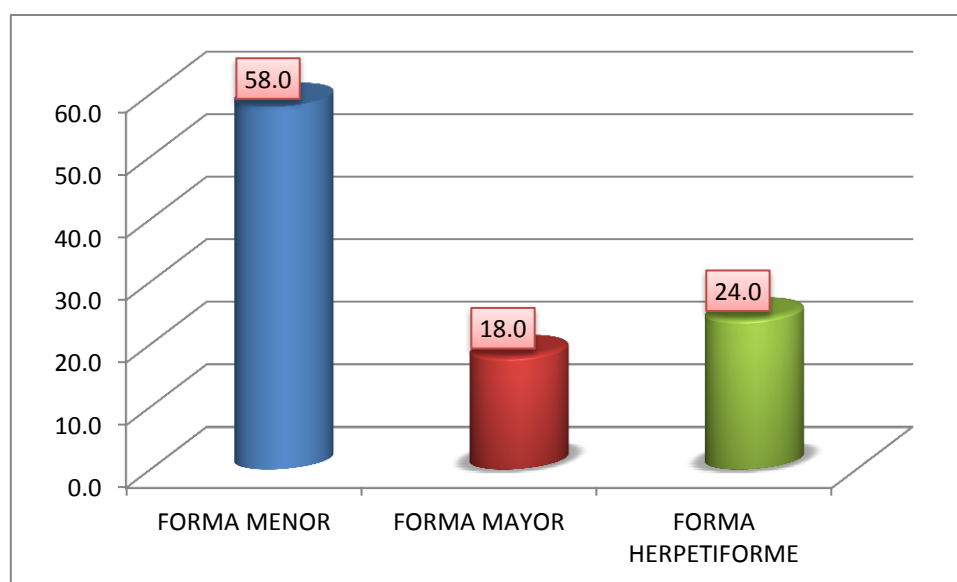
Con referente a la localización de las aftas bucales en los pacientes de 19 a 50 años se encontró con mayor frecuencia en la mucosa labial representando un 56%, seguido por la mucosa de los carrillo con un 38% y finalmente a nivel del piso de boca con un 6%.

TABLA 17

Tipos de aftas bucales en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FORMA MENOR	29	58,0	58,0	58,0
	FORMA MAYOR	9	18,0	18,0	76,0
	FORMA HERPETIFORME	12	24,0	24,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan

**GRÁFICO 17**

Tipos de aftas bucales en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016.

Interpretación

En el gráfico 17, muestra los tipos de aftas bucales presentados en los pacientes.

El que prevaleció fue el tipo menor con un 58%, seguido del tipo herpetiforme con 24% y finalmente tipo mayor 18%.

TABLA 18

Tipos de aftas bucales según grupo etareo en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016

		TIPOS			Total
		FORMA MENOR	FORMA MAYOR	FORMA HERPETIFORME	
GRUPO ETAREO	19 a 25 años	12	4	3	19
		63,2%	21,1%	15,8%	100,0%
	26 a 32 años	13	2	8	23
		56,5%	8,7%	34,8%	100,0%
	33 a 39 años	3	3	1	7
		42,9%	42,9%	14,3%	100,0%
	40 a 49 años	1	0	0	1
		100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		29	9	12	50
		58,0%	18,0%	24,0%	100,0%

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,627 ^a	6	,357
Razón de verosimilitud	6,583	6	,361
Asociación lineal por lineal	,127	1	,721
N de casos válidos	50		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Interpretación

En el gráfico 18, muestra los tipos de aftas bucales según grupo etareo. El que prevaleció fue el tipo menor con un 63,2% en el grupo etareo de 19 a 25 años, el tipo herpetiforme se presentó en mayor porcentaje en las edades de 26 a 32 años.

El valor de la prueba no paramétrica chi-cuadrado de Pearson es $p=0,357$. No existe diferencia significativa entre los tipos de herpes según grupo etareo en los pacientes que han sido sometido a estudio.

TABLA 19

Tipos de aftas bucales según sexo en los pacientes que acuden al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016

		DIAGNOSTICO			Total
		FORMA MENOR	FORMA MAYOR	FORMA HERPETIFORME	
SEXO	FEMENINO	11 61,1%	2 11,1%	5 27,8%	18 100,0%
	MASCULINO	18 56,3%	7 21,9%	7 21,9%	32 100,0%
Total		29 58,0%	9 18,0%	12 24,0%	50 100,0%

Fuente: Pacientes de 18 a 50 años del Hospital Hermilio Valdizan

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,956 ^a	2	,620
Razón de verosimilitud	1,010	2	,603
Asociación lineal por lineal	,002	1	,967
N de casos válidos	50		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,24.

Interpretación

En el gráfico 19, muestra los tipos de aftas bucales según sexo. La tipo de afta menor presentó mayor prevalencia en el sexo masculino 56,3%, y en el sexo femenino en mayor porcentaje 61,1%, mientras que el tipo herpetiforme, se mostró con mayor frecuencia en el sexo femenino, con un 27,8%.

El valor de la prueba no paramétrica chi-cuadrado de Pearson es $p=0,620$. No existe diferencia significativa entre los tipos de herpes según grupo sexo en los pacientes que han sido sometidos a estudio.

CAPITULO V

DISCUSIONES

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes, 18 pacientes del sexo femenino y 32 pacientes del sexo masculino y en edades comprendidas entre 19 y 49 años que acudieron al Hospital Hermilio Valdizan Huánuco durante el período enero a mayo de 2017. De igual manera fue intencional no probabilística. Posterior a la selección de los pacientes a los cuales se les diagnosticó la EAR a través de la historia clínica, se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión se procedió a llenar un formato de consentimiento informado firmado por los mismos.

En el estudio se pudo encontrar que existen diversos factores de riesgo que conllevan a las aftas bucales en sus diversos tipos. Las cuales podrían desempeñar un rol importante y significativo en la adquisición de la enfermedad cuyo conocimiento debe ser base en la anamnesis del paciente y tomado en cuenta por el clínico. El presente estudio con un diseño metodológico adecuado y con una muestra variable en edades encuentra múltiples factores de riesgo.

El comportamiento de las aftas bucales según grupos de edades se corresponde con lo revisado en la literatura. Encontrándose en el estudio el grupo etáreo más afectado fue de 26 a 32 años de edad, con un 46%, lo cual los resultados obtenidos por Sánchez (2011) informan un comportamiento similar, donde se plantea una media de 25 a 35 años, alcanzando cifras hasta de 66% en la población joven. Diferentes autores atribuyen esto a condiciones propias de la

cavidad bucal, que en presencia de determinados desórdenes emocionales y hormonales característico de esta etapa de la vida y asociado a otros factores, permite la aparición de esta afección en este grupo.

La estomatitis aftosa recurrente se observó en mayor porcentaje en el sexo femenino, resultado que difiere con lo encontrado por Troya (), donde la patología es más prevalente en el sexo masculino.

Varios son los estudios que coinciden con la presente investigación, tales como Pérez (2008) y otros que en 50 pacientes estudiados 18 eran femeninos y 32 masculinos. Se obtuvieron resultados similares en los análisis realizados por López examinaron individuos en áreas urbanas y suburbanas de Suecia, en donde la lesión aftosa predominante en la cavidad bucal fue la de tipo “menor” con un 58% según el estudio realizado. Comparando con los resultados obtenidos por Troya (2014) la forma menor fue la más observada desde el punto de vista clínico, las situaciones de estrés estaban presentes en la mayoría de los casos. De igual forma Gutiérrez (2008) asevera que la forma clínica de las aftas bucales que más predominó en los sujetos sometidos a estudio la forma menor.

Con referente a la ubicación de la lesión aftosa más predominante se encontró a la mucosa labial, resultado similar reportó Gutiérrez (2008) siendo el más común mucosa labial.

Sánchez (2011) concluyó que el 90,3 % de los pacientes afectados por la enfermedad estaban sometidos a niveles de estrés, por lo que se comprobó la

existencia de una asociación estadísticamente significativa entre estos desórdenes psicológicos y la enfermedad. En nuestro estudio hemos podido comprobar que factor más predominante de las aftas bucales fue el estrés con un 74%

Los estados emocionales, en muchas ocasiones, son determinantes para incentivar una buena actuación y tomar una decisión oportuna o inoportuna, dentro de los estados emocionales se encuentran: el estrés, la ansiedad, la depresión y la ira u hostilidad. Dichos estados emocionales, reiterados, pueden conformar determinados patrones de comportamentales, es decir, pueden llevar a conformar una personalidad ansiosa y, a la vez, esa personalidad ansiosa es más propensa a caer en estados emocionales de ansiedad. En tanto el paradigma establecido entre el estrés y su repercusión en la salud bucal según el estudio concuerda debido que aplicando la prueba estadística no paramétrica chi-cuadrado muestra un valor p (0,019) el cual se considera un factor de riesgo para la aparición de las aftas bucales, aceptando la hipótesis propuesta.

Otro factor de riesgo de mayor frecuencia que condiciona las aftas bucales reportada en el estudio fue los traumatismos entre ellos debido al uso de aparato ortodóntico por los pacientes en tratamiento en un 18%.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo más frecuentes de las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años encontrados fueron el estrés, los traumatismos seguidos por herencia familiar.
2. Las aftas bucales o estomatitis aftosa recurrente se presentó con más frecuencia en el grupo etareo de 26 a 32 años en los pacientes que acudieron al Hospital Hermilio Valdizan.
3. Las aftas bucales o estomatitis aftosa recurrente se presentó con más frecuencia en el sexo masculino.
4. El afta menor fue la forma clínica más común en los pacientes estudiados del Hospital Hermilio Valdizan.
5. El estrés constituyó el factor de riesgo más frecuente en las aftas bucales, seguido de los traumatismos. la herencia. infecciones bacterianas, trastornos gastrointestinales, reacciones medicamentosa y el consumo de tabaco se encontraron con menos frecuencia en estos pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Utilizar los resultados reportados en este estudio para iniciar nuevas investigaciones que correlacionen otras variables específicas de factores de riesgo y con estos datos poder contribuir al avance de la ciencia.
2. Se recomienda realizar un estudio sobre el estrés como factor de riesgo para aftas bucales, determinando los niveles de estrés y grado de afectación en la aparición de la patología sobre mucosa bucal.
3. Se requiere brindar educación mediante campañas de promoción de la salud oral para dar conocimiento sobre los factores de riesgo que condicionan a las aftas bucales.
4. A partir de la presente investigación se debe realizar una investigación en el grupo etareo adolescentes para poder afianzar los resultados encontrados en el estudio.

REFERENCIAS

1. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers recurrent. Clin Evid. 2010;13:687-94.
2. Sun A, Chia JS, Chiang CP. Increased proliferative response of peripheral blood mononuclear cells and T cells to Streptococcus mutans and glucosyltransferase D antigens in the exacerbation stage of recurrent aphthous ulcerations. J Formos Med Assoc. 2012;101(8):560-6.
3. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, González Labrada A. Estomatitis aftosa recurrente (II Parte). Determinación de marcadores de inmunidad celular. La etiopatogenia de la enfermedad no es totalmente conocida. Rev Mexicana de Odontología Clín. 2008;2(4).
4. Chavan M, H Jain, Diwan N, S Khedkar, Shete A, Durkar S. La estomatitis aftosa recurrente: una revisión J Oral Pathol Med. 2012; 41 : 577-83.
5. McCullough MJ, Abdel-hafeth S, Scully C. La estomatitis aftosa recurrente revisados; características clínicas, asociaciones y nueva asociación con prácticas de alimentación infantil? J Oral Pathol Med. 2007; 36: 615-20.
6. Sun A, Chia JS, Chiang CP. Opcit. p., 562.
7. Katz J, Chaushu G, Peretz B. Recurrent oral ulcerations associated with recurrent herpes labialis-two distinct entities? Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:260-3.
8. Field EA, Brookes V, Tyldesley WR. Recurrent aphtous ulcerations in children: a review. Int J Pediatric Dent 1992;2:1-10.
9. Gilliene B. F. Costa, Jurema F. L. Castro. Etiología e tratamento da estomatite aftosa recorrente – revisão de literatura. Medicina (Ribeirão

- Preto) [Internet]. 2013 [citado: 21 de febrero 2015]; 46(1): Disponible en URL: <http://www.fmrp.usp.br/revista>; [aprox. 7 p.].
10. Aguabi Cejido G L .Lesiones orales más frecuentes en pacientes Inmunodeprimidos. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología: Tesis en Internet. 2011 [citado 16 febrero 2015] Disponible en:http://ecuadoruniversitario.com/wpcontent/uploads/2011/09/ecuadoruniversitario_com_logo_ug1-350x263.jpg
 11. SAPP, J. EVERSOLE, L y WY SOCKI, G. (1998) Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid, España: Editorial Harcourt Brace.
 12. Ibid p 50.,
 13. JIMÉNEZ, Cecilia y Col (2001) Levantamiento Epidemiológico de las Lesiones Bucales presentes en la Población atendida en el Servicio odontológico del Hospital Eudoro González de la Población de Carayaca en el estado Vargas. Acta odontológica Venezolana. Vol. 39.(Nº 1). Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela. P 9-12.
 14. GORLIN, R.Y GOLDMAN H. (1984). Thoma Patología Oral. Barcelona España: Editorial Salvat.
 15. Troya E. Martínez J. Padilla E. Iglesias N. Ramos A. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. Rev. Med. Electron. 2014 vol.33 (1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600001

16. Sánchez ZJ, Martínez I, Hidalgo I. El estrés como factor de riesgo de la estomatitis aftosa recurrente. Rev Méd Electrón. [Seriada en línea] 2011;33(1). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema06.htm>. [consulta: fecha de acceso]
17. Correnti M. Gutierrez R. Perrone m. Factores inmunológicos y microbiológicos asociados con la etiología de la estomatitis aftosa recurrente. rev. act. odont. ven. 2008 vol. 46: 4
18. Vargas S, Valdivieso J. Manifestaciones orales asociadas al estrés en alumnos de Clínica Estomatológica. [[Tesis pregrado] Lima. Universidad Alas Peruanas 2013.
19. Echarry O. Estudio comparativo de dos terapias naturales en la cicatrización de las lesiones de la estomatitis aftosa recurrente.
20. Ayala C. El Eugenol y su efecto antiinflamatorio en las aftas de la mucosa bucal en el hospital san Bartolomé. [Tesis de Pregrado] Lima. Universidad inca Garcilaso de la Vega. 2014.
21. Gutiérrez D. “Efecto del estrés y del tabaquismo en la EAR”. Tesis de Pregrado] Lima Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005.
22. BERKOW R. (1986) El Manual Merck 7ma Edición Editorial Interamericana
23. LYNCH, BRITGHTMAN (1996) Medicina Bucal de Burket 9na Edición Editorial Interamericana
24. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46: 198-206.

25. Rogers RS. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16: 278-83.
26. Bagán JV, Scully C. Estomatitis aftosa recidivante. In: Bagán JV, Scully C. *Medicina y Patología Oral*. 1st. Valencia: Medicina Oral S.L.; 2006. P. 65-72.
27. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. A consensus approach. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 200-7.
28. Regezi J A. (1995) *Patología Bucal* 2da Edición Editorial Interamericana.
29. Rogers RS. *Opcit.* p.,279
30. Bagán JV, Scully C. *Opcit.*, p.67
31. Kramer IR, Pindborg JJ, Bezroukov V, Infirri JS. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8: 1-26.
32. Regezi J A. *OpCit.* p. 55,
33. Bagán JV, Scully C. *Opcit.*, p.66
34. Scully C, Felix DH. Oral Medicine. Update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. *Br Dent J* 2005; 199: 259-64.
35. GIUNTA, J.L. (1997) *Patología Bucal* 3ra Edición Editorial Mc Graw Hill
36. REGEZI J A. *OpCit.* p. 80,
37. *Ibid.*, p 90.
38. LYNCH, *Opcit.*, p 90.
39. BURKET LESTER W. *Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento* 6ta Edición Editorial Interamericana 1977

40. Ibid., p100.
41. REGEZI J A. OpCit. p 120.
42. BERKOW R. op cit.p 150
43. Esparza GC. Estomatitis aftosa recidivante. In Echevarría JJ, Pumarola J. El manual de Odontología. 2nd. Barcelona: Elsevier; 2008. P 247-253.
44. Scully C, Gorsky M, Opcit., 186.
45. Shulman JD. An exploration of point, annual, and lifetime prevalence in characterizing recurrent aphthous stomatitis in UjhjSA children and youths. J Oral Pathol Med 2004; 33: 558-66.
46. Rogers RS. Opcit. p.,279
47. Natah SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Häyrynen-Immonen R. Recurrent aphthous. Ulcers today: a review of the growing knowledge. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33: 221-34.
48. Shulman JD. Opcit., p. 89
49. Ibid., p. 559
50. Scully C. Aphthous ulcerations. N Engl J Med 2006; 355: 165- 72.
51. Shulman JD. Opcit., p. 90
52. Chattopadhyay A, Chaterjee S. Risk indicators for recurrent aphthous ulcers among adults in the US. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 152-9.
53. Scully C, Gorsky M, Opcit., p. 205.
54. Bagán JV, Scully C. Opcit., p.67
55. Ibid., p. 69
56. Lisi P, Hansel K, Assalve D. Aphthous stomatitis induced by piroxicam. J Am Acad Dermatol 2004; 50: 648-9.

57. Scully C, Azul AM, Crighton A, Felix D, Field A, Porter SR. Nicorandil can induce severe oral ulceration. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 189-93.
58. Boulinguez S, Reix S. Role of drug exposure in aphthous ulcers: a case-control study. *Br J Dermatol* 2000; 143: 1261-5.
59. Herlofson BB, Barkvoll P. Desquamative effect of sodium lauryl sulfate on oral mucosa. A preliminary study. *Acta Odontol Scand* 1993; 51: 39-43.
60. Scully C, Gorsky M, Opcit., p. 202.
61. Orbak R, Cicek Y, Tezel A, Dogru Y. Effects of zinc treatment in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Dent Mater J* 2003; 22: 21-9.
62. Bagán JV, Scully C. Opcit., p. 70
63. Jurge S, Kuffer R. Number VI: recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis* 2006; 12: 1-21
64. Soto-Araya M, Rojas-Alcayaga G. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de liquen plano oral, síndrome de boca urente y estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral* 2004; 9: 1-7.
65. Albanidou-Farmaki E, Pouloupoulos AK, Epivatianos A, Farmakis K, Karamouzis M, Antoniadis D. Increased anxiety level and high salivary and serum cortisol concentrations in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Tohoku J Exp Med* 2008; 214: 291-6.
66. Chattopadhyay A, Chatterjee S. Opcit., p. 155.
67. Atkin PA, Xu X, Thornhill MH. Minor recurrent aphthous stomatitis and smoking: an epidemiological study measuring plasma cotinine. *Oral Dis* 2002; 8: 173-6.

68. Sopori M. Effects of cigarette smoke on the immune system. *Nat Rev Immunol* 2002; 2: 372-7.
69. Floto RA, Smith KG. The vagus nerve, macrophages, and nicotine. *Lancet* 2003; 361: 1069-70.
70. Scully C, Gorsky M, Opcit., p. 204.
71. Ibid., p. 201
72. Rivera F, Shulman JD, Beach MM. The association of tobacco and other factors with recurrent aphthous stomatitis in an US adult population. *Oral Dis* 2004; 10: 335-45.
73. Jurge S, Kuffer R. Opcit., p.15.
74. Kilmartin CM. Dental implications of helicobacter pylori. *J Can Dent Assoc* 2002; 68: 489-93.
75. Marchini L, Campos M, Silva AM, Paulino LC, Nobrega FG. Bacterial diversity in aphthous ulcers. *Oral Microbiol Immunol* 2007; 22: 225-31.
76. Rogers RS. Opcit. p.,279
77. Natah SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Häyrynen-Immonen R. Opcit., p. 227.
78. Bucci P, Carile F, Sangianantoni A, D'Angiò F, Santarelli A, Lo Muzio L. Oral aphthous ulcers and dental enamel defects in children with coeliac disease. *Acta Paediatr* 2006; 95: 203-7.
79. Bagán JV, Scully C. Opcit., p.65.
80. Al-Otaibi LM, Porter SR, Poate TW. Behçet's disease: a review. *J Dent Res* 2005; 84: 209-22.

81. Tunes RS, Anjos TC, Martins GB, Barreto ER, Santiago MB. Prevalence of Behcet's syndrome in patients with recurrent aphthous ulcerations in Brazil. *Rheumatol Int* 2009; 29: 875-8.
82. Natah SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Häyrynen-Immonen R. *Opcit.*, p.234.
83. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. AIDS and Recurrent Aphthous Stomatitis. *Braz J Otorhinolaryngol* 2005; 71: 517- 20.
84. Millan F, Quecedo E, Gimeno E. Tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante. *Piel*. 2010;25:463-9
85. Scully C, Porter S. *Opcit.*, p. 198.
86. Johannsen A; Bjurshammar N; Gustafsson A. The influence of academic stress on gingival inflammation.
87. <http://www.fuerzaycontrol.com/la-vitamina-b12-definicion-funciones-y-cantidades-necesarias/>
88. Lucock M. Folic acid: nutritional biochemistry, molecular biology, and role in disease processes. *Mol Genet Metab*. 2000;71(1-2):121-38.
89. Ship II. Inheritance of aphthous ulcers of the mouth. *J Dent Res* 1965; 44: 837-44.
90. Miller MF, Garfunkel AA. Inheritance patterns in recurrent aphthous ulcers: twin and pedigree data. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977; 43: 886-91.
91. Miller MF, Garfunkel AA. The inheritance of recurrent aphthous stomatitis. Observations on susceptibility. *Oral Surg* 1980; 94: 18-23.

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 01

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS
Problema General	Objetivo General	Variable de estudio	Hipótesis alterna (Ho)
¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años en la ciudad de Huánuco 2016?	Relacionar los factores de riesgo con las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años en la ciudad de Huánuco 2016.	Aftas bucales	Los factores de riesgo más frecuentes de las bucales en los pacientes de 18 a 50 años son estrés, deficiencia nutricional, traumas.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Variable de asociación	Hipótesis alterna (Ha)
<p>¿Cuáles son las características personales de los pacientes de 18 a 50 años con aftas bucales?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años según sexo?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años según edad?</p>	<p>Determinar las características personales de los pacientes de 18 a 50 años con aftas bucales.</p> <p>Establecer los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años según sexo.</p> <p>Identificar los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en los pacientes de 18 a 50 años según edad.</p>	Factores de riesgo	Los factores de riesgo menos frecuentes de las bucales en los pacientes de 18 a 50 años son estrés, deficiencia nutricional, traumas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:..... con DNI:.....; doy constancia de haber sido informado(a) y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la obtención de de los factores de riesgo asociados a las aftas bucales en pacientes de 18 a 50 años en los pacientes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco 2016. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de naturaleza confidencial y serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio, Usted no recibirá pago económico por su participación en el mismo y no existiendo ningún riesgo; acepto participar en el estudio

.....
Nombre del Estudiante
DNI.....

.....
Testigo
DNI.....

.....
Nombre del Bachiller
DNI.....



CUESTIONARIO

FACTORES PREDISPONENTES INTRÍNSECOS DE LAS AFTAS BUCALES

N°	VARIABLE	CATEGORÍA
01	Edad	Adolescente....() Adulto Joven....() Adulto....()
02	Sexo	Femenino....() Masculino....()
04	Herencia familiar	Si () No ()
05	Cambios hormonales	Si () No ()
06	Factores dietéticos	Si () No ()
07	Reacciones medicamentosas	Si () No ()
08	Productos químicos	Si () No ()
09	Déficit de vitamina B12	Si () No ()
10	Alteraciones gastrointestinales	Colitis ulcerativa ----- Síndrome de mala absorción ----- Giardiasis -----



CUESTIONARIO

FACTORES PREDISPONENTES EXTRÍNSECOS DE LAS AFTAS BUCALES

N°	VARIABLE	CATEGORÍA
01	Estrés	Si () No ()
02	Consumo de tabaco	Si () No ()
03	Trauma	Si () No ()
04	Nivel socioeconómico	Alto () Medio () Bajo ()
05	Infecciones (Bacterias)	Si () No ()
06	Infecciones (virus)	Si () No ()
07	VIH	Si () No ()
08	Hábito de fumar	Si () No ()

Clasificación de la EAR según forma clínica de Scully y Porter

Forma	Características clínicas	Marque
FORMA MENOR	Aparece una o varias úlceras de forma redondeada u ovalada, generalmente menores de 5 mm de diámetro, poco profundas, cubiertas por una pseudomembrana blanquecina grisácea y rodeada de un halo eritematoso ligeramente elevado. Se acompaña de dolor sin ninguna otra sintomatología general.	
FORMA MAYOR	Aparición de entre 1 y 10 úlceras de gran tamaño, generalmente mayores de 1 cm. de diámetro, redondeadas u ovaladas pero que, si adquieren tamaño más grande, pueden adoptar formas irregulares. El fondo es más profundo que en las aftas menores. Pueden aparecer en los mismos lugares que las lesiones de la forma menor, pero tienen especial predilección por la mucosa labial, paladar blando y el istmo de las fauces. El dolor que producen es intenso y puede acompañarse de otros síntomas secundarios como disfagia y disfonía.	
FORMA HERPETIFORME	Se reconoce por la presencia de numerosas úlceras (desde 10 hasta 100 o incluso más), de pequeño tamaño, entre 1 y 3 mm., muy dolorosas, en cualquier lugar de la cavidad oral y que tienden a coalescer produciendo úlceras mayores de forma irregular.	



FICHA DE OBSERVACIÓN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS AFTAS BUCALES

Examen clínico		Si	No
Localización	Mucosa labial		
	Lengua		
	Piso de boca		
	Carrillos		
	Paladar blando		
	Otros		
Lesión Elemental	Erosión		
	Úlcera		
	Tamaño		
Diagnóstico	Aftas menor		
	Afta mayor		
	Forma herpetiformes		

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS (JUICIO DE EXPERTOS)

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de la Investigación:

Factores de riesgo asociados a los aptos bucales en pacientes de B4
sin dolor en el Hospital Hermila Valdizola Sotomayor

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres: Sergio Fernando Borcero
Cargo o Institución donde labora: Docente de Clínica Estomatológica
Nombre del Instrumento de Evaluación: Ficha de observación y cuestionario
Teléfono:
Lugar y fecha: 09/10/16
Autor del Instrumento: Carolina Cepeda, José

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	<u>X</u>	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	<u>X</u>	
Contextualización	El problema que se está investigando esté adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	<u>X</u>	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	<u>X</u>	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	<u>X</u>	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	<u>X</u>	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	<u>X</u>	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	<u>X</u>	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	<u>X</u>	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno y más adecuado	<u>X</u>	

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

Están claros y Aplicables

IV. RECOMENDACIONES

Ninguna

Huanuco, 09 de octubre de 2016
UNIVERSIDAD DE HUANCUCO
CLINICA ESTOMATOLOGICA

C.D. SERGIO FERNÁNDEZ BORCERO

DOCENTE
Firma del experto

DNI: 40101909

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de la Investigación:

Factores de riesgo asociados a los aftas bucales en pacientes de 13 años
se en el Hospital Hematológico de la Universidad de Huancayo

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres: Wilbert Manzanedo Carbajal
Cargo o Institución donde labora: Docente del curso de Medicina Estomatológica
Nombre del Instrumento de Evaluación: Ficha de Observación y Cuestionario
Teléfono:
Lugar y fecha: Universidad de Huancayo 10.10.16
Autor del Instrumento: Cuervo Cayasso José

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	✓	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	✓	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	✓	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	✓	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	✓	

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

Están claros y aplicables

IV. RECOMENDACIONES

Ninguna.

Huancayo, 10 de OCTUBRE de 2016

Firma del experto

DNI: 040716091



Wilbert Manzanedo Carbajal
CIRUJANO DENTISTA
COP 14668

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de la Investigación:

Factores de riesgo asociados a los aptos bucales en pacientes de 18-50 años en el Hospital Hernán Velázquez Medrano

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres: Libor Torres
 Cargo o Institución donde labora: Paciente de Sembrando
 Nombre del Instrumento de Evaluación: Ficha de Observación y Cuestionario
 Teléfono:
 Lugar y fecha: 12/10/16 Universidad de Huancayo
 Autor del Instrumento: Guillermo Gonzales Torres

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	✓	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	✓	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	✓	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	✓	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	✓	

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

Grta clara y Aplicables

IV. RECOMENDACIONES

Ninguna

Huancayo, 12 de Octubre de 2016
 UNIVERSIDAD DE HUANCAYO
 CLINICA ESTOMATOLOGICA

Firma del experto

DNI



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ODONTOLÓGIA



"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y EL COMPROMISO CLIMÁTICO"

CONSTANCIA

EL(LA) ASESOR(A) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE
SUSCRIBE, HACE CONSTAR:

Que, el presente Proyecto de Investigación titulado
"Efectos de riesgo asociados a los apftas bucales
en pacientes de 18 a 50 años en el Hospital Regional
Mermelo Valdez de Huánuco" presentado por el(la) egresado(a)
José Luis Guerra Gayoso

no presenta observación alguna.

Se expide la presente **CONSTANCIA** a solicitud del (de la)
Interesado(a) para los fines que estime por conveniente.

Huánuco, 19 de Octubre de 2016

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
CLINICA ESTOMATOLÓGICA
C.D. JOSÉ ROBLES LEÓN
C.O.P. 12410
DOCENTE

CARTA DE AUTOTIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del Fortalecimiento del Mar de Grau"

Huánuco, 05 de Octubre de 2016.

CARTA N° 043 -2016-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.

Señor
José Luis GUERRA GAYOSO.
Bachiller de Odontología de la Universidad de Huánuco.
Presente.-

ASUNTO : Permiso para desarrollar trabajo de investigación.

ATENCIÓN : Solicitud de fecha 03.10.2016.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y comunicarle que en atención al documento de la referencia, por el cual solicita autorización para desarrollar un trabajo de investigación, además contando con la Opinión Favorable de la Jefatura del Departamento de Odontología del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, esta Dirección Ejecutiva **AUTORIZA** el ingreso para desarrollar su trabajo de investigación titulado **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A AFTAS BUCALES EN PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO"**, en su condición de ex-alumno de la Escuela Académica Profesional de Odontología, de la Universidad de Huánuco.

Sin embargo es conveniente recalcar que la información recabada y los resultados obtenidos, deberán ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, información utilizada solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única del responsable del trabajo de Investigación.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco

Med. Ped. Esly V. Anderson Motta
CMP: 35691 RNE 23847
DIRECTOR EJECUTIVO

EVAM/NAC/ingc.
Hco. 05/10.2016.
C.c. Dpto. Odontología
Archivo

www.hospitalvaldizanhco.gob.pe

Jr. Hermilio Valdizán N° 950
Huánuco - Perú
T(06251) 3370
Telefax (06251) 3370

AFTA MENOR



AFTA MAYOR



AFTA HERPETIFORME